

# Needs assessment van druggebruikers in Gent: focus op niet-bereikte groepen

*Onderzoekers*

Orphée Sys

Louis Favril

*Promotor*

Freya Vander Laenen

*Institute for International Research on Criminal Policy*

2020

Sys, O., Favril, L., & Vander Laenen, F. (2020). *Needs assessment van druggebruikers in Gent: focus op niet-bereikte groepen*. Gent: Universiteit Gent, IRCP.

<https://biblio.ugent.be/publication/8627938>

Universiteit Gent  
Institute for International Research on Criminal Policy  
Universiteitstraat 4  
9000 Gent  
België

## DANKWOORD

Op vraag van de Stad Gent werd onderzoek naar de noden van niet door de drughulpverlening bereikte druggebruikers gevoerd. Dit onderzoek kon niet plaatsvinden zonder de betrokkenheid en bijdrage van heel wat personen. Als eerste was de inbreng van de druggebruikers zelf enorm van belang. Zonder de talrijke inbreng en de rijke informatie van deze personen wisten we vandaag niet wat we nu weten.

Daarnaast was dit onderzoek niet mogelijk zonder de volgehouden inspanningen van hulp- en dienstverleners en organisaties die aan dit onderzoek meegewerkt hebben bij het helpen rekruteren van de respondenten en/of het helpen meedenken over de aanpak van de rekrutering. In het bijzonder werd de ondersteuning door de coördinator van Spuitenruil, de medewerkers van Opstap en Villa Voortman, de straathoekwerkers, de Tinten, de Fontein en de inloopcentra erg gewaardeerd.

Tenslotte waren ook de drugcoördinator, zijn stagiaire en de directeur bij het MSOC Gent van belang voor dit onderzoek.

Orphée Sys

# INHOUDSOPGAVE

<b>Dankwoord</b>	<b>3</b>
<b>Inhoudsopgave</b>	<b>4</b>
<b>1 Doel van het onderzoek</b>	<b>5</b>
<b>2 Methodologie</b>	<b>5</b>
2.1 Streekproeftrekking en rekrutering	5
2.2 Dataverzameling, vragenlijst en data-analyse	6
2.3 Onderzoekspopulatie	7
<b>3 Resultaten</b>	<b>8</b>
3.1 Druggebruik	8
3.2 Gezondheidsproblemen	10
3.3 Sociale problemen	15
3.4 Hulpverlening	17
3.5 Noden en tips van de ervaringsdeskundigen	21
<b>4 Aanbevelingen</b>	<b>32</b>
<b>5 Sterktes, beperkingen en reflecties</b>	<b>39</b>
5.1 Sterktes	39
5.2 Beperkingen	39
5.3 De onderzoeksmethode: wat werkt (niet)?	40
<b>Bijlage</b>	<b>42</b>
<b>Referenties</b>	<b>44</b>

# 1 DOEL VAN HET ONDERZOEK

Deze studie focust zich op personen met een problematisch, langdurig gebruik van illegale middelen in Gent die zich in een kwetsbare situatie bevinden en die moeilijk of niet door de drughulpverlening bereikt worden. Dit laatste maakt dat deze groep (en hun noden) vaak onderbelicht blijft in onderzoek. We trachtten dan ook een beeld te vormen van de kenmerken van deze specifieke groep op het vlak van druggebruik, hulpverlening en ruimere zorgnoden. Hiervoor werd een bevraging op het terrein georganiseerd, in een samenwerking tussen onderzoekers en hulpverleners. De belangrijkste noden van deze groep werden in kaart gebracht om middellange termijndoelstellingen voor het MSOC, outreachend werk en het stedelijk drugsbeleid verder te onderbouwen. Het onderzoek werd uitgevoerd op vraag van de Stad Gent tussen februari 2019 en juni 2019.

## 2 METHODOLOGIE

### 2.1 Streekproeftrekking en rekrutering

Om in aanmerking te komen voor het onderzoek stelden we volgende inclusiecriteria voorop:

- een problematisch, langdurig gebruik van illegale middelen kennen
- niet (meer) in contact staan met drughulpverlening
- zich bevinden in een onstabiele situatie: dit kan tot uiting komen op diverse levensdomeinen zoals huisvesting, inkomen, politie/justitie, psychische en/of somatische problematiek, ...
- in Gent wonen, er verblijven, of regelmatig naar Gent komen

Om de mensen te rekruteren werden in eerste instantie verschillende hulpverleningsinstanties in Gent gecontacteerd met de vraag tot zowel verspreiding van posters en flyers (die potentiële respondenten en gatekeepers zouden moeten aantrekken), de vraag tot het meedraaien van de onderzoeker in de organisatie alsook de vraag tot actieve doorverwijzing van respondenten (mits toestemming van de respondent) die in aanmerking kwamen om mee te doen aan het onderzoek. De onderzoeker was frequent aanwezig in bepaalde organisaties, al dan niet als vrijwilliger, ging mee op stap met sociaal werkers/hulpverleners of was aanwezig op bepaalde vindplaatsen op straat. Dit had telkens tot doel het in contact komen met potentiële respondenten of gatekeepers. Vele organisaties werden betrokken in het onderzoek; de diensten waar de onderzoeker regelmatig aanwezig was of mee samenwerkte, waren: Spuitenruil,<sup>1</sup> KRAS-diensten zoals De Fontein<sup>2</sup> en De Tinten,<sup>3</sup> laagdrempelige gespecialiseerde (drug)hulpverleningsdiensten zoals Opstap<sup>4</sup> en Villa Voortman,<sup>5</sup> straathoekwerkers en inloopcentra (SOC en Pannestraat).

---

<sup>1</sup> Het project Spuitenruil is erop gericht om de schade die het gevolg kan zijn van druggebruik te beperken. Ze verstrekken zowel gratis materiaal (bv. spuiten en alcoholswabs), tips om de risico's die te maken hebben met onveilig druggebruik te beperken, geven info over sociale voorzieningen, ... Bovendien is het anoniem.

<sup>2</sup> KRAS-diensten zijn werkingen die zich inzetten rond armoedebestrijding. De Fontein is een 'huis van hygiëne' en biedt mensen in nood en dak- en thuislozen een warm onthaal, soep, een douche, een wasruimte en EHBO aan.

<sup>3</sup> De Tinten komt waar mogelijk tegemoet aan de basisbehoeften van vluchtelingen (zonder verblijfsdocumenten) en helpt hen een menswaardig bestaan uit te bouwen tijdens hun verblijf in België. Zowel een koffieruimte, een sociale dienst, materiële hulpverlening (voeding, kleding, dekens) als huisbezoeken behoren tot hun aanbod.

<sup>4</sup> OpStap geeft kwetsbare (ex-)druggebruikers de kans om hun sociaal netwerk te versterken en een zinvolle dagbesteding te hebben. Laagdrempelige ontmoeting, sociale en arbeidsactivering en harm reduction staan bij deze dienst centraal.

<sup>5</sup> Villa Voortman is een niet-residentieel ontmoetingscentrum voor mensen met dubbeldiagnose. Het is een huis waar mensen zich veilig kunnen voelen, nuttig kunnen zijn, relaties kunnen onderhouden en aan zichzelf kunnen werken. Hun aanbod bestaat uit niet-verplichtende gesprekken, ateliers, projecten en uitstappen.

In tweede instantie werd gewerkt via *snowball* sampling. Hierbij werden nieuwe respondenten bereikt door middel van gatekeepers. Dit zijn personen (al dan niet druggebruikers) die mensen kennen die in aanmerking komen om mee te doen aan het onderzoek. Zowel aan de mensen die de onderzoeker tegenkwam in organisaties of op straat alsook na elk afgenomen interview werd de vraag gesteld of zij de onderzoeker met (nog meer) potentiële respondenten in contact konden brengen. Deze vraag werd doorheen de rekruteringsperiode herhaaldelijk gesteld via verschillende kanalen (via telefoon, sms, facebook of live wanneer de onderzoeker de respondent opnieuw tegenkwam).

Een derde (n=16) van de mensen gerekruteerd via *snowball* sampling (zie Tabel 1). Daarnaast waren Spuitenruil en de KRAS-diensten diensten waar een groot aantal respondenten gerekruteerd werden.

Tabel 1. Wijze van rekrutering

Plaats van rekrutering	n (%)
Snowball	16 (34.0)
Spuitenruil	10 (21.3)
KRAS	9 (19.1)
Villa Voortman/Opstap	6 (12.8)
Straathoekwerk	4 (8.5)
OCMW	1 (2.1)
Pasop	1 (2.1)

De buurten waarin actief gerekruteerd werd, waren: Binnenstad, Elisabethbegijnhof- Prinsenhof-Papegaai-Sint Michiels, Nieuw Gent, Sluizeken-Tolhuis-Ham, Bloemekenswijk, Rabot-Blaisantvest, Stationsbuurt-Noord en Stationsbuurt-Zuid, Macharius-Heirnis, Sint-Amandsberg, Brugse Poort-Rooigem, Ledeberg en Dampoort (in beperkte mate).<sup>6</sup>

## 2.2 Dataverzameling, vragenlijst en data-analyse

Het onderzoek vond plaats tussen februari en mei 2019. De interviews met de respondenten vonden steeds plaats op een plek die voor de respondenten gemakkelijk te bereiken was en voldoende privacy garandeerde (bv. in een gesprekslokaal van een vertrouwde organisatie, op een openbare plaats, in een kraakpand, ...). Voor het interview startte, werd telkens het *informed consent* formulier (zie Bijlage) overlopen. Daarin werd de persoon geïnformeerd dat deelname aan het onderzoek volledig vrijwillig was, er geen verplichting was om alle vragen te beantwoorden en men de deelname op elk moment kon stopzetten, zonder verdere gevolgen. Indien de persoon akkoord ging met de inhoud van de *informed consent*, mocht hij/zij het formulier ondertekenen en ving het interview aan. De interviews werden opgenomen aan de hand van een audiorecorder, tenzij de respondent (n=2) dit weigerde. Ook besliste de onderzoeker om bij zes respondenten het interview niet op te nemen, aangezien de respondent in dat geval al wat achterdochtig was en de onderzoeker de respondent niet (verder) wou afschrikken. De interviews werden nadien geanonimiseerd. Na afloop van het onderzoek kregen de respondenten vijf euro overhandigd. Indien er een gatekeeper betrokken was in de rekrutering van de respondent, dan kreeg deze na afloop van het interview met de respondent ook vijf euro overhandigd.

<sup>6</sup> Buurten waar niet of minder actief werd gerekruteerd waren: Drongen, Gentse Kanaaldorpen en -zone, Gentbrugge, Mariakerke, Moscou-Vogelhoek, Muide-Meulestede-Afrikalaan, Oostakker, Oud Gentbrugge, Sint-Denijs-Westrem-Afsnee, Wondelgem, Zwijnaarde en Watersportbaan-Ekkergem.

Alle respondenten werden door de onderzoeker bevraagd aan de hand van een semigestructureerd interview dat peilde naar huidig druggebruik, (drug)hulpverlening en ruimere zorgnoden. De topiclijst voor het interview werd gemaakt op basis van een selectie van relevante vragen uit eerder onderzoek door het *British Columbia Centre on Substance Use* (BCCSU, 2017) met toevoeging van open vragen en aangepast aan de Gentse context. De topiclijst was beschikbaar in het Nederlands, Frans, Engels, Slovaaks, Turks en Roemeens. Een semigestructureerd interview duurde tussen de 20 en 120 minuten, met een gemiddelde duur van ongeveer 60 minuten. Indien de respondenten geen Nederlands spraken, konden ze een tolk meebrengen. Deze tolk kreeg een vergoeding van vijf euro.

Alle interviews werden nadien getranscribeerd en nagelezen door de onderzoeker. Daarna volgde een analyse van de data. Per topic werd de kennis en ervaringen van de respondenten gebundeld en geanalyseerd. Deze thema's werden daarna met de promotor besproken. Bij de rapportering van de resultaten worden de thema's die vaak aan bod kwamen tijdens de interviews en/of voor de respondenten erg doorwogen, besproken. Om de bevindingen te duiden wordt er met letterlijke citaten gewerkt. De namen van de respondenten worden hierbij vervangen door fictieve namen.

## 2.3 Onderzoekspopulatie

Zoals in Tabel 2 te zien is, werden tussen februari en mei 2019 in totaal 47 personen bevraagd waaronder 40 mannen, 6 vrouwen en 1 transvrouw. De respondenten waren tussen 24 en 66 jaar oud, met een gemiddelde leeftijd van 39 jaar en 4 maanden. De respondenten hadden één van de volgende nationaliteiten: Belg (n=39), Slovaak (n=5), Bulgaar (n=1), Marokkaan (n=1) of Hongaar (n=1). Ongeveer twee derden van respondenten gaven aan zichzelf te voelen behoren tot de groep Belgen, Vlamingen of Europeanen, een aantal (n=5) respondenten vonden dit te beperkt en voelden zich eerder een burger van de wereld/'aardeling'. Ook had ongeveer een vierde van de respondenten het gevoel te behoren tot verschillende etnische groepen.

Tabel 2: Sociodemografische karakteristieken steekproef (n=47)

Variabele	n (%)
Gender	
Man	40 (85.1)
Vrouw	6 (12.8)
Trans	1 (2.1)
Nationaliteit	
Belg	39 (83.0)
Slowaak	5 (10.6)
Ander	3 (6.4)
Identificatie groep	
Belg	14 (29.8)
Vlaming	4 (8.5)
Wereldburger	4 (8.5)
Europeaan	2 (4.3)
Slowaak	3 (6.4)
Bulgaar	1 (2.1)
Ander	6 (12.8)
Meerdere	13 (27.7)
Dakloos	23 (48.9)
Werkloos	38 (80.9)

Alle participanten kenden een problematisch, langdurig gebruik van illegale middelen. Alle participanten bevonden zich in een onstabiele situatie, zich uitend op één of meer levensdomeinen zoals financieel, huisvesting, (psychische) gezondheidsproblemen, justitiële problemen.... Verder bleven ook alle participanten onder de radar van de drughulpverlening, op één uitzondering na die een onderhoudsdosis methadon voorgeschreven kreeg door de huisarts, maar voorts geen hulpverlening kreeg. De overgrote meerderheid van de respondenten was werkloos ( $n=38$ ).

Slechts één respondent had een voltijdse job, 6 respondenten deden vrijwilligerswerk en 2 respondenten waren op (pre)pensioen. De helft van de respondenten kende geen stabiele woonsituatie. Van de 38 personen die werkloos zijn, is 58% ( $n = 22$ ) dak- of thuisloos. Opvallend is dat enkel mannen dak- of thuisloos zijn. Belgen zijn daarbij niet significant meer dak- of thuisloos of werkloos dan andere nationaliteiten.

Het ontbreken van een stabiele woonsituatie bleek op verschillende manieren. Ongeveer 30 respondenten gaven aan in verschillende buurten te wonen en leven. Dit vertelt ons dat de mobiliteit van een groot deel van de bevraagde populatie groot is. Mensen blijven niet binnen één wijk en de meesten komen regelmatig naar het centrum. Vooral de mensen zonder stabiele woonsituatie leefden naar eigen zeggen “overal en nergens” en kenden geen vaste buurt. Waar deze respondenten leefden, hing vaak af van wie ze tegenkwamen en bij wie ze eventueel konden overnachten. Een deel van de dakloze mensen sliep (soms) in de nachtopvang, een andere groep kon soms overnachten bij kennissen of familie, alsook sliep een groep respondenten op straat. Een uitzondering op deze mobiliteit vormden de respondenten uit Nieuw Gent. Opvallend is dat deze respondenten amper hun buurt verlieten. Naast het isolement van deze wijk op geografisch vlak, kenden deze mensen grotendeels een geïsoleerd, eerder eenzaam bestaan in hun woonblok of in een straal van enkele kilometers rond Nieuw Gent. Ook in hun beleving voelden ze zich uitgesloten, aan hun lot overgelaten. Enkele respondenten ( $n=3$ ) woonden ook buiten (groot) Gent, meer bepaald in: Assenede, Sleidinge en Oosterzele. De volgende redenen werden door hen aangehaald om naar Gent te komen: om vrienden of familie te bezoeken (2x), om vrijwilligerswerk te doen (1x), om drugs te kopen (3x), om gebruik te maken van laagdrempelige hulpverlening (1x), om boodschappen te doen (1x), omdat dit hun “thuisstad” is (1x) en uit verveling (omdat er hier meer te doen is) (2x).

## 3 RESULTATEN

### 3.1 Druggebruik

In Tabel 3 kunnen we zien dat **cannabis** door meer dan de helft van de respondenten als primaire drug gebruikt wordt, al dan niet in combinatie met een andere drug. Daaropvolgend worden door een derde van de respondenten **heroïne**, **cocaïne** en **amfetamines** genoemd als primaire drug, al dan niet afgewisseld met elkaar of een andere drug. Bij meer dan de helft van de respondenten worden immers meerdere drugs als primaire drugs benoemd. Het gebruik van slechts één drug als primaire drug wordt vooral door de cannabisgebruikers aangehaald.



Tabel 3. Druggebruik: middelen en wijze van toediening

Middel	Primaire drug	Gebruik in de laatste 6 maanden, naar wijze van toediening					
		Injecteren	Roken	Oraal	Snuiven	Plakken	Meerdere
Heroïne	16	7	6	0	1	0	10*
Methadon	1	0	0	6	2	0	1*
Cocaïne	15	4	3	0	6	0	15*
Amfetamine	14	7	0	0	13	0	6*
Benzodiazepine	2	0	0	27	0	0	0
Speedball	1	9	0	0	0	0	1*
Tripmiddelen	1	0	0	6	1	0	0
XTC	0	0	1	9	0	0	3*
Cannabis	25	0	38	0	0	0	0
Steroïden	0	1	0	1	0	0	0
NPS	0	0	2	0	4	0	3*
Opioïden	0	0	0	1	0	2	3*
Thinner	3	0	0	0	4	0	0
Alcohol	—	0	0	34	0	0	0

Data zijn aantal personen (n). \* Inclusief injecterend gebruik.

**Polygebruik** is eerder de regel dan de uitzondering. Alle respondenten, op twee uitzonderingen na, gebruikten in de afgelopen 6 maanden verschillende soorten legale en illegale drugs. Opvallend is ook dat vele drugs op meerdere gebruikswijzen gebruikt worden. Volgens sommigen hangt de manier van gebruik af van de hoeveelheid van het product dat ze ter beschikking hebben.

Het **cannabisgebruik** ligt bij deze populatie erg hoog. Vier vijfde van de respondenten rookte dit in de afgelopen 6 maanden. **Alcoholgebruik** piekt op de tweede plaats. Bijna drie vierde van de populatie nuttigde alcohol in de afgelopen 6 maanden. Alcohol is een niet te verwaarlozen middel bij deze populatie. Velen drinken frequent tot dagelijks alcohol en sommigen geven bovendien aan dat dit hun grootste probleem is. De onderzoeker kwam doorheen het onderzoek ook frequent in contact met moeilijk te bereiken personen die louter een alcoholproblematiek hadden, en dus buiten de inclusiecriteria van dit onderzoek vielen.

**Heroïne** werd in de afgelopen 6 maanden door iets meer dan de helft van de respondenten gebruikt, voornamelijk onder de vorm van roken en injecteren. Slechts 7 van de 25 respondenten die heroïne gebruikten, injecteerden niet. Daarnaast werd **methadon of buprenorfine**, verkregen op de zwarte markt, door 9 van de 47 respondenten gebruikt. De meest voorkomende manier van gebruik hierbij was slikken; hoewel twee respondenten snoven methadon ook en één respondent injecteerde dit.

**Cocaïne en amfetamines (speed)** werden door drie vijfden van de respondenten gebruikt in afgelopen 6 maand, waarvan ongeveer de helft van deze groep het ook injecteerde. De respondenten geven aan dat speed vaak gebruikt wordt ter vervanging van cocaïne omdat dit goedkoper is. Bij de mensen met een heroïneproblematiek zien we ook dat ze soms een product zoals cocaïne of speed gebruiken om de afkick van heroïne tegen te gaan, zoals onderstaande quote van Geert illustreert.

*“Dat ijskoud hebben en spuwen komt er niet meer bij. Speed helpt een beetje als je geen bruine meer hebt en het is goedkoper hé.” (Geert, dakloos, 47 jaar)*

Tien respondenten injecteerden in de afgelopen 6 maand ook een speedball/snowball. **XTC** werd door iets meer dan een vierde van de populatie gebruikt, vooral in de meest courante gebruikswijze van slikken, al injecteerden enkele respondenten het ook. **Tripmiddelen** en **steroïden** werden in mindere mate gebruikt, nl. slechts door 7 en 2 van de 47 respondenten respectievelijk.

Naast de klassieke drugs, zijn **kalmeer –en slaapmiddelen** ook goed vertegenwoordigd in deze populatie. Meer dan de helft van de respondenten slikt dit. Deze worden ook illegaal verhandeld of uitgedeeld. Hoewel dit niet expliciet bevraagd werd, geven een aantal respondenten ook aan antipsychotica (n=6) en/of antidepressiva te nemen (n=4).

Het gebruiken van **zware pijnstillers** (opioïden, zoals bijvoorbeeld oxycodon, fentanyl) komt ook voor. Zware pijnstillers worden ook in het illegale circuit verhandeld. Opvallend is ook dat 9 respondenten **Nieuwe Psychoactieve Stoffen** (NPS) gebruikten. Ketamine en DMT zijn de voornaamste NPS'en die gebruikt worden. Ketamine wordt zowel gesnoven als geïnjecteerd en DMT wordt vooral gerookt. Daarnaast werden GHB en Mephedrone genoemd.

Het snuiven/inhaleren van **thinner** komt enkel voor bij de groep Slovaakse nieuwkomers. Dit middel wordt door hen overal meegenomen zodat ze dit de hele dag door kunnen snuiven. Ze zijn niet verlegen om dit te doen voor de ingang van bepaalde hulpverleningsorganisaties. Deze mensen zien dit middel immers niet als drug. Ze zijn zich ook weinig bewust van de gevolgen hiervan op gezondheidsvlak. Wat de respondenten gebruiken hangt vaak af van wie ze tegenkomen (bv. doordat ze samen gebruiken) en/of van wie ze iets krijgen, alsook speelt het financiële aspect een rol. Logischerwijze is er dan ook meer gebruik wanneer men net zijn of haar uitkering ontvangen heeft. Sommige respondenten gebruiken dagelijks, terwijl anderen dan weer enkel in het weekend gebruiken, maar dan wel “stevig doorgebruiken”. De autochtone mensen geven aan dat in bepaalde culturen druggebruik een groot taboe is en in deze culturen gebeurt het dan ook vaker dat druggebruik achter gesloten deuren of 's nachts plaatsvindt.

Volgende motieven om te gebruiken werden door de respondenten frequent aangehaald: om (even) alle ellende te vergeten, om een manteltje om je gevoelens te leggen, om de tijd te doden, om te ontspannen en kalmeren, om een trauma te verwerken of om fysiek niet aan te komen (in gewicht). Bij de nieuwkomers van Centraal- en Oost-Europese afkomst hoorden we gelijkaardige redenen. Vooral de reden om de ellende te vergeten staat op de voorgrond: de ellende door het feit ze geen zekerheid hebben over hun slaapplaats de komende nacht, het feit dat ze geen inkomen en geen werk hebben en bijkomend dat hun familie hier niet is.

## 3.2 Gezondheidsproblemen

Uit Tabel 4 blijken **tandproblemen** één van de vaakst voorkomende fysieke gezondheidsproblemen bij de bevraagde respondenten. Ongeveer 75% procent heeft hiervan last ervaren in de afgelopen 6 maanden. Daarnaast ervoeren de helft van de respondenten één of meerdere van volgende gezondheidsproblemen in de afgelopen 6 maanden: **buikklachten** (maag- en darmproblemen), **longproblemen**, **griep**, **kwetsuren/bleesures** en **ontwenningverschijnselen**. De helft van de respondenten ervoer geen ontwenningverschijnselen omdat ze bleven doorgebruiken. Ongeveer een vierde van de respondenten weet niet of ze al dan niet met **HIV** of **hepatitis** besmet zijn. Ze lieten zich immers niet (recent) testen. Enkelen hebben ook op het moment van de bevraging HIV of hepatitis. Een vijfde van de respondenten rapporteert **leverproblemen**.

Andere minder genoemde fysieke gezondheidsproblemen die bij deze populatie voorkwamen in de afgelopen zes maanden zijn: abcessen, hartkloppingen, slaapproblemen, psoriasis en eczeem, ... Vele daklozen geven aan een sterkere weerstand opgebouwd te hebben door buiten te slapen.

Tabel 4. Gezondheidsproblemen laatste zes maanden

Ervaren problemen	N	Ooit (n)	Ooit (n)	
			Behandeling*	Geen behandeling
Abces	46	5 (11%)	0	5
Lever	46	9 (20%)	2 (1)	7
Hepatitis†	31	1 (3%)	0	1
HIV‡	38	2 (5%)	2 (0)	0
Cardiovasculair	47	1 (2%)	0	1
Bloed	46	1 (2%)	0	1
Kwetsuur	46	17 (37%)	5 (1)	12
Long	47	24 (51%)	3 (2)	21
Buik	47	25 (53%)	6 (0)	19
Griep	46	23 (50%)	6 (1)	17
Ontwenning	46	24 (52%)	0	24
Wondroos	46	2 (4%)	0	2
Tand	47	35 (74%)	11 (3)	24
Psychisch	47	32 (68%)	9 (7)	23
Angst	46	9 (20%)	4 (4)	5
Depressie	46	27 (59%)	6 (5)	21
Psychose	46	11 (24%)	5 (3)	6

† 11 personen rapporteren "ik weet het niet (meer)"

‡ 10 personen rapporteren "ik weet het niet (meer)"

\* De cijfers tussen haakjes geven het aantal respondenten aan dat een behandeling kreeg, maar waarvan de behandeling het probleem (nog) niet oploste.

Echter, niet van alle gezondheidsproblemen liggen de respondenten wakker. Wat hen vooral last bezorgt, zijn de tandproblemen en bijhorend de tandabcessen, de ontwenningverschijnselen en de psychische problemen, al geven ze aan dat deze laatste vaak een gevolg zijn van de situatie waarin ze verkeren. De meeste van de hierboven genoemde "lichtere" kwaaltjes probeerden de respondenten zelf op te lossen a.d.h.v. medicatie van de apotheker of lieten ze gewoon aan hen voorbijgaan. In wat volgt, gaan we dieper in op de klachten die hen wakker houden.

Drie vierde van de respondenten geeft aan in de afgelopen 6 maanden **tandproblemen** ervaren te hebben maar slechts 8 respondenten daarvan kregen een behandeling die de problemen oploste. Wanneer je in een moeilijke situatie zit, is tanden verzorgen niet meteen iets wat prioritair is, zoals Bert aangeeft.

*"Als je gebruikt en je bent op de baan, je hebt je tandenborstel niet bij, je bent verschillende dagen weg, tandenpoetsen is dan het minste van je zorgen."* (Bert, dakloos, 33 jaar)

Bij de meeste respondenten valt het ook tijdens het onderzoek fysiek op dat ze tandproblemen hebben. Dit heeft grote impact op hun zelfbeeld. Niet zelden proberen de respondenten hun tanden te verbergen wanneer ze spreken of lachen omdat ze er zich voor schamen. Enkelen geven ook aan dat dit een invloed heeft op het al dan niet zoeken naar en vinden van een job. Hun tanden geven hen ook last bij het eten, waardoor ze bepaald voedsel moeten laten, of soms zelfs bijna helemaal niet meer (kunnen) eten. Vele respondenten ervaren ook **tandabcessen**. Niet zelden proberen ze dit zelf te behandelen, bv. door de abcessen zelf open te prikken of hun mond te spoelen met zout water. De algemene trend is dat de respondenten vaak wachten met het behandelen van hun tanden tot ze allemaal kapot of uitgevallen zijn. Dit doen ze bijna allemaal omwille van het financiële aspect, al zijn er ook enkelen die wachten omdat ze bang zijn van de tandarts of zoals een enkeling aangeeft dat hij bang is dat zijn perceptie van de wereld anders zou zijn met nieuwe tanden. Onderstaande quote van Dries illustreert dit.

*“Moest ik weten wat ik nu weet, ik zou ze veel beter verzorgd hebben. Mijn tanden brokkelen af, ik ben hier beschaamd over. Ik zou zo graag eens voluit lachen, maar dat geeft direct zo’n zicht voor de mensen. Moest ik het kunnen betalen, zou ik nieuwe laten invijzen. Ik heb geen schrik van de tandarts maar om ze een voor een te laten uithalen? Eens ze eraan beginnen... ik ben al een paar keer niet op mijn afspraak geweest om ze te laten trekken.” (Dries, dakloos, 33 jaar)*

Enkel wanneer het écht nodig is en de respondenten niet meer anders kunnen, gaat ze naar de tandarts. De respondenten geven aan dat het vaak lang wachten is op goedkeuring van het OCMW om naar de tandarts te gaan. Voor sommigen kan dit een reden zijn om af te haken, hoewel ze meestal geen keuze hebben en toch moeten wachten aangezien de tandarts vaak te duur is om het zelf te betalen. De kost voor een prothese in België is bovendien erg hoog. Onderstaande quotes van Ayoub en Abraham tonen aan hoezeer dit lange wachten en het financiële aspect doorweegt.

*“Nu lijdt mijn zelfbeeld onder mijn tanden en ik eet ik-weet-niet-hoe-graag en da’s moeilijk nu. Het gevaar is dat als ik eet, ik het niet voel ook door die zenuw. Nu heb ik onlangs ook abcessen op bepaalde stukken en dat kan gevaarlijk zijn. Om je tanden te maken, zou je dat normaal via het OCMW kunnen doen en wordt dat terugbetaald. Ik heb al een paar keer die stappen gezet maar dat werd dan onderbroken omdat ik in het CIC zat en blabla. Financiële hulp zou welkom zijn, maar ik weet niet goed waar ik terecht kan.” (Ayoub, ex-dakloos, 30 jaar)*

*“Tegen dat de afspraak er is, ik heb al geen pijn meer, bel het dan af en ken je het. Met de tandarts ook, het was al erg, en ’t is dan nog erger en ik moet dan weken zo lopen. Ze doet eerst die tand, dan de rest vullen en reinigen en dan pas kijken ze voor die prothese. Het is ook omdat het OCMW betaalt dat ik luister, ik moet me aan de regels houden, ik moet dus maar op mijn tanden bijten, letterlijk en figuurlijk. Ik ben nu in behandeling voor een prothese maar ga ze definitief in Marokko laten doen, dat kost minder daar.” (Abraham, 41 jaar)*

Ook geven enkele respondenten aan **abcessen op hun lichaam** te hebben, waarvoor er niet altijd een dokter geraadpleegd wordt. Ze deinzen er niet voor terug om ook deze zelf open te prikken.

Redenen om geen of niet meteen behandeling te zoeken voor hun gezondheidsproblemen of om af te haken, zijn veelzijdig. Enerzijds speelt het financiële aspect een grote rol. Omwille van de kost die een doktersbezoek met zich meebrengt, wordt de dokter vaak vermeden. De ziekteverzekering is bij de respondenten niet steeds in orde, waardoor ze liever de kosten niet laten oplopen en al zeker niet

wanneer er al sprake is van financiële problemen. Vervolgens halen verschillende respondenten aan dat het (nog) niet (echt) nodig is om naar de dokter te gaan. Zeker bij “kleine kwaaltjes”, zullen ze eerder hun ‘eigen dokter spelen’ en een bezoek aan een arts uitstellen. Onaangename ervaringen met medische hulpverleners in het verleden dragen ook bij aan het niet (snel) zoeken van behandeling. Daarnaast zijn ze het moe telkens opnieuw hun verhaal te doen tegen verschillende medici en hulpverleners. Deze twee laatstgenoemde redenen wordt hieronder mooi geïllustreerd door Sam.

*“Ik had haakjes in mijn hoofd en dat moest eruit en ik kreeg het er zelf niet uit. Ik ben naar een wijkgezondheidscentrum (WGC) geweest en ik moest eerst 20 euro lidgeld<sup>7</sup> betalen en ik had dat niet. Ik heb moeten schooien daarvoor die dag. Dat was al een hele slechte ervaring. En dan hierzo met mijn been, direct naar ’t ziekenhuis afgevoerd worden, ze wouden mij niet helpen bij het WGC als ik niet naar het ziekenhuis zou gaan. Maar het was zo erg niet meer en ik moest dan naar het UZ gaan en ben er gewoon weggelopen. Ik kon dat geen twee keer meer aan. Dat was weer helemaal van in het begin, nieuwe dokters, nieuwe verplegers, heel van het begin. Hadden ze me destijds langer gehouden in Sint Lucas, dan oké. Ik vind dat ik soms meer ervaring heb dan de verpleegsters en dokters met de dingen die ik al meegemaakt heb. Ze luisteren in het ziekenhuis niet naar wat ik wil, ik wil niet in totaliteit aangepakt worden.” (Sam, ex-dakloos, 41 jaar)*

Vervolgens halen vele respondenten aan dat ze de gezondheidsproblemen niet voelen wanneer ze onder invloed zijn en net ook gaan gebruiken om de klachten (vooral de ontwenningverschijnselen) tegen te gaan. Gebruik verdooft als het ware, zoals Maarten hieronder aangeeft.

*“Dat is het nadeel van gebruik: je takelt jezelf af zonder het te beseffen, je staat daar niet bij stil. Eens je nuchter wordt, begin je te beseffen dat je kantje boord gestaan hebt. Op het moment van het gebruik heb je geen last, het houdt mijn gezondheidsproblemen tegen. Je mag doodziek zijn, maar je neemt een lijn coke of speed en je loopt weer buiten want je merkt het niet. Je merkt het pas als de afkick begint en dan pas denk je van auw mijn hoofd en mijn keel. Dan vraag je je af hoelang je al loopt met die verkoudheid. Je hebt geen besef en geen tijdsbesef.” (Maarten, 45 jaar)*

Sommige respondenten lieten reeds enkele gezondheidsproblemen (bv. hun tanden) behandelen in de gevangenis, waardoor ze volgens hen nu wel even verder kunnen zonder behandeling. De gevangenis kan dus (soms) voor het somatische aspect wel een meerwaarde bieden.

Enkele respondenten geven aan dat de klachten, zeker de ernstigere klachten, vaak in golven opkomen, waardoor de respondenten op het moment dat de nood hoog is meestal wel een afspraak maken met een arts maar tegen de tijd dat de afspraak er dan is, zijn de klachten vaak al beter of tijdelijk over waardoor ze niet meer op de afspraak opdagen. Dit is bijvoorbeeld zo bij Jelle.

*“Ik heb artrose op mijn voet en heb een brief liggen dat ik al lang moest geweest zijn naar het ziekenhuis maar ben nog niet gegaan. Waarom? Omdat dat weggaat die pijn en dan is het weer een paar maand goed maar dan verandert het weer en dan denk ik van eigenlijk moest ik geweest zijn maar ja. Da’s dom van me. Da’s mijn kant: dat foert gedrag nog altijd, van ‘ik voel niets dus waarom moet ik gaan.’ (Jelle, 50 jaar)*

---

<sup>7</sup> Uit feedback vanuit het MSOC blijkt dit niet te stroken met de gangbare praktijk; citaten worden echter onverkort weergegeven om recht te doen aan de beleving van de respondenten.

Een gelijkaardige situatie wordt door de respondenten beschreven wanneer het gaat over de behandeling met substitutiemedicatie. Je moet volgens de respondenten vaak dagenlang wachten vooraleer substitutiemedicatie opgestart kan worden. Daardoor is de ergste afkick vaak al voorbij, waardoor ze de noodzaak er niet meer altijd van inzien, zoals Luc aangeeft.

*“Ik heb een serieuze herval gehad deze winter en toen heb ik tegen de dokter gezegd dat ik Suboxone wou en hebben ze bloed afgenomen. Maar erna ben ik niet meer geweest omdat ik me lichamelijk weer goed voelde, de lichamelijke afkick was gedaan en dan zeg ik foert.”* (Luc, ex-dakloos, 36 jaar)

Het is immers op dát moment, op het moment dat de **ontwenningverschijnselen** erg hevig zijn, dat ze die behandeling met substitutiemedicatie willen. De frustratie dat ze niet onmiddellijk geholpen kunnen worden, is dan vaak ook groot. Dit komt tot uiting in onderstaande quote van Geert.

*“Ik heb methadon aangevraagd maar ik moet 10 dagen wachten. Waarom 10 dagen wachten?<sup>8</sup> Dat vind ik schandalig. Dat is ondraaglijk hé. Ze weten niet wat het is om af te kicken. Er zijn hier toch elke dag dokters? Waarom 10 dagen? Het is goed dat ik nu 5 euro krijg dat ik bij een vriend wat [drugs] kan halen. Het is op dat moment dat ik het nodig had en geen 10 dagen later.”* (Geert, dakloos, 47 jaar)

Een wachttijd kan dus een reden zijn om af te haken en/of de behandeling niet op te starten of verder te zetten. Sommige respondenten weten soms ook niet dat ze bij bepaalde diensten terecht kunnen voor medische behandeling zonder bijkomende hulpverlening. Zo geeft een respondent aan dat in zijn beeldvorming het MSOC verbonden is met methadon en hij ervan uitgaat dat hij geen verzorging kan krijgen in het MSOC als hij daar niet in begeleiding is. Bij de nieuwkomers van Centraal- en Oost-Europese afkomst zien we dat zij vaak wel de weg naar De Tinten vinden als het aankomt op het raadplegen van een dokter en het verkrijgen van medicatie.

Opvallend is dat vele respondenten niet (recent) getest zijn op **hepatitis en HIV**. Vaak gaan ze ervan uit dat er niets aan de hand is omdat ze geen klachten ervaren. Dit lijken voor hen eerder zorgen voor morgen te zijn. Sommigen durven zich ook niet laten testen uit angst op een positieve testing. Een deel van de respondenten heeft (ooit) hepatitis (gehad), maar is daarvoor niet altijd in behandeling (geweest) of heeft niet altijd de behandeling voltooid. De meeste respondenten laten dit ook niet verder opvolgen zolang er geen klachten zijn.

**Psychische problemen** zijn erg aanwezig bij de bevraagde groep respondenten. Bijna 7 op 10 respondenten geeft aan in de afgelopen 6 maanden psychische moeilijkheden ervaren te hebben. Meer dan de helft van de respondenten geeft aan last te hebben van **sombere gevoelens en moedeloosheid**, onder andere door de (vaak uitzichtloze) situatie waarin ze zitten, door in rouw te zijn (n=3), geen doel in het leven meer te zien, ... Een vijfde van de respondenten geeft ook aan **psychotische symptomen** te ervaren, al dan niet gelinkt aan het gebruik of het dagenlange wakker zijn. Dit uit zich vooral in het horen van stemmen. Voor sommigen kan dit erg beangstigend zijn. Meer nog, sommigen hebben er geen idee van dat er nog mensen zijn die dit ervaren, wat het extra beangstigend maakt. Een vijfde van de bevraagde mensen ervaart ook **angstgevoelens**, al dan niet gepaard met paniekaanvallen. Dit heeft als oorzaak bijvoorbeeld het meemaken van een traumatische ervaring zoals een gewelddadige aanval, het overlijden van een nauwverwante, vele jaren in de gevangenis of de uitzichtloze situatie waarin ze zitten, ... Ondanks het talrijk aanwezig zijn van

---

<sup>8</sup> Door medewerkers van het MSOC wordt aangegeven dat een wachttijd van 10 dagen mogelijk is, hoewel wordt toegevoegd dat de wachttijd in de praktijk vaak korter is dan 10 dagen. Citaten worden onverkort weergegeven om recht te doen aan de beleving van de respondenten.



psychische moeilijkheden, krijgt bijna geen enkele van de respondenten hiervoor hulpverlening. Slechts enkele respondenten hebben een effectieve behandeling gekregen (bv. een opname) en een paar mensen hebben een behandeling gehad of zijn nog in behandeling maar ervaren nog steeds problemen. Als er al behandeling is voor de psychische klachten, is deze vaak medicamenteus van aard (op enkele uitzonderingen na). Nochtans geven velen aan nood te hebben aan meer psychologische hulp.

Het financiële speelt ook hier weer een rol om niet in behandeling te gaan, alsook het feit dat het soms niet evident is voor sommigen om te spreken over hun psychische problemen.

Sommige respondenten weten ook niet waar ze terecht kunnen voor psychische begeleiding. Noch het MSOC, noch het OCMW, noch het CAW wordt door de respondenten aangehaald als een plek die door hen gekend is als een plek waar ze psychische hulpverlening kunnen krijgen.

### 3.3 Sociale problemen

**Financiële problemen** worden door bijna alle respondenten aangehaald. De meeste van hen staan in contact met het OCMW, vaak enkel en alleen voor het financiële aspect. Het niet hebben van een inkomen of slechts een laag inkomen (bv. een leefloon), is een probleem waar vele respondenten van wakker liggen. Enkel en enkele geven aan ook schulden te hebben en/of in schuldbemiddeling of budgetbeheer te zijn. Niet zelden horen we dat de respondenten dealen of gedeald hebben. Deze bron van inkomsten bekostigt niet enkel hun druggebruik, maar zorgt er tevens voor dat ze makkelijker een plek om te slapen kunnen bemachtigen zoals Kamiel aangeeft.

*“Als de mensen weten dat je makkelijk aan drugs kan raken, dan ben je bij velen welkom. Toch als ze weten dat je niet te lang blijft.” (Kamiel, dakloos, 58 jaar)*

Het dealen bevindt zich dus ook in een context van zelfzorg. Niet enkel drugs worden gedeald, ook haalt een respondent aan dat gratis voedsel en tweedhandskledij bij materiële hulpverleningsorganisaties verzameld worden om het dan door te verkopen voor geld en op die manier het druggebruik te bekostigen. Dit komt vooral voor bij de Roma, zoals Boyko aangeeft.

*“The system with the gypsy is: going for “social” in the morning. Later they need their dose so they need to go to the shop (for example De Tinten) to collect, sell and make money. They need the clothes to sell and have money. If they need something, they do everything for it. De Tinten helps them to make business.” (Boyko, nieuwkomer, dakloos, 37 jaar)*

De vaststelling dat de respondenten de onderzoeker, vooral bij de opstart van de veldwerkfase, vaak om de tuin probeerden te leiden wat betreft het voldoen aan de inclusiecriteria van het onderzoek, louter om de 5 euro incentive te kunnen bemachtigen, toont nogmaals het belang van financiële middelen voor deze mensen aan.

Bijna alle respondenten verkeren in een situatie van **werkloosheid**. Hoewel enkelen vrijwilligerswerk doen, kennen de meesten geen zinvolle dagbesteding. Diegenen die onder schuldbemiddeling staan, zijn overigens vaak gedemotiveerd om te gaan werken omdat hun inkomen bijna volledig opgaat aan hun schulden. Het gebrek aan financiële middelen heeft ook een negatieve impact op hun sociaal leven. De helft van de respondenten geeft aan geen **stabiele huisvestingssituatie** te hebben. Sommige respondenten slapen in kraakpanden of op straat, sommigen wonen tijdelijk bij “vrienden” (al dan niet

in ruil voor drugs) en anderen maken gebruik van de nachtopvang. Niet weten waar ze de nacht moeten doorbrengen, bezorgt hen veel stress en maakt hen vaak moedeloos en somber. Van diegenen die momenteel wel een woning hebben, zijn velen ooit dakloos geweest. Zij beschouwen zichzelf vaak nog als een dakloze omdat ze nog steeds in dezelfde routine zitten van opstaan, drugs zoeken, eten regelen en vervolgens een slaapplek zoeken. Hun hele dag staat vaak in het teken van hun verslaving en geld, zoals de woorden van Freddy illustreren.

*“Gelijk dat een drugsdealer een werking heeft, heeft een verslaafde ook een werking. Als iemand verslaafd is, dan draait het alleen maar om geld en drugs. Dus wat doe je, je loopt te zoeken. Je houdt rekening met het moment dat je ziek wordt en je wilt niet ziek worden dus je zorgt dat je al bevoorraad bent voor je ziek wordt. Je komt die persoon tegen, “geef eens een euro”, die tegen, “een euro”, en die heeft een pakketje bij, “kom elk de helft”, die loopt dan mee en zo houd je alles in werking. Een verslaafde houdt zich bezig met zijn problematiek en eens hij daarvan af is, kan hij ook gaan studeren en doen wat hij moet doen en vindt hij die energie. Zolang hij die energie niet terugvindt of geen doel heeft om voor te leven, ja dan zit je in vicieuze cirkel hé.” (Freddy, dakloos, 32 jaar)*

Hoewel dit niet expliciet bevestigd werd, horen we uit de verhalen van de mensen dat bij een behoorlijk aantal van respondenten (bij ongeveer een derde) hun **papieren niet in orde** zijn. Dit kan gaan om hun ziekteverzekering, hun identiteitskaart, hun medische kaart, sommigen zijn ambtshalve geschrapt, ... Voor de nieuwkomers van Centraal- en Oost-Europese afkomst komt daar nog bij dat ze geen verblijfspapieren hebben. Door het niet in orde zijn met allerlei papieren, kunnen de respondenten vaak geen inkomen krijgen, niet gaan werken, wordt hun behandeling met methadon onderbroken, ... Dit geeft soms pijnlijke gevolgen voor de respondenten, zoals de quote van Boyko illustreert.

*“Before, I got methadone in the MSOC, but now I have to wait one week. First my medical card needs to be OK. What do I have to do? I have to use drugs or? I get sick if I don't use, I go like [shaking]. They (MSOC) say it's not their problem. They say if you want methadone, you have to pay.<sup>9</sup> But how do I have to pay? I have nothing, I'm homeless.” (Boyko, nieuwkomer, dakloos, 37 jaar)*

Velen slagen er niet in om hun papieren in orde te brengen, bv. omdat ze niet weten hoe of het hen aan motivatie ontbreekt, hoewel ze dit wel als prioritair zien. Het brugteam<sup>10</sup> of straathoekwerkers helpen hen hier soms wel bij.

Daarnaast heeft de meerderheid van de respondenten geen **sociaal vangnet**. Ze staan er vaak alleen voor in hun traject en dit is iets wat zwaar doorweegt, zoals Kamiel aangeeft.

*“Ik vraag al ik weet niet hoe lang naar iemand die me kan begeleiden met mijn medische problematiek, die kan meedenken en mee... dat ik niet altijd zelf moet gaan en bellen naar die dokters. Alleen al die telefoongesprekken, dat je dat niet altijd zelf kan voeren, als je dan juist ook eens geld hebt en het feit dat je altijd met de dokters zelf moet praten en er niemand tussenstaat. Eens iemand die ertussen staat om met die dokter te praten, zou... maar dat soort van hulpverlening bestaat er niet hé. Ik kom er telkens weer alleen voor te staan, alles volledig alleen moeten doen is misschien wel het zwaarste van al, gewoon geen steun hebben.” (Kamiel, dakloos, 58 jaar)*

<sup>9</sup> Uit feedback vanuit het MSOC blijkt dit niet te stroken met de gangbare praktijk. Citaten worden onverkort weergegeven om recht te doen aan de beleving van de respondenten.

<sup>10</sup> Het Brugteam is een onderdeel van het CAW Oost-Vlaanderen en maakt de brug tussen dak- en thuisloze mensen en de reguliere hulpverlening.



Daarbij geven de respondenten aan soms tegen weinig begrip van hulpverleners aan te lopen. De respondenten geven aan dat de hulpverleners soms ongevoelig lijken voor hun leefsituatie of de impact ervan op hun leven onderschatten. De quote van Kamiel hieronder illustreert dit.

*“Als je dakloos bent, is het geen evidentie om op afspraken te komen. Als je 's nachts niet direct een slaapplek gevonden hebt en dan om 5 uur of 6 uur 's morgens kan je een bed bemachtigen ergens dat je een uur kan slapen, maar je hebt om 9 uur een afspraak op het OCMW... Ja dan vergeet je dat ook een deel want je bent op zoek naar een slaapplek, je moet je kop ergens kunnen leggen hé. Je mag dat niet vergelijken met iemand die een dak boven zijn hoofd heeft, dat is anders, dan kan je je wekker zetten, opstaan en naar je afspraak gaan. Ik was 3 keer niet gegaan en die assistente had dan gezegd tegen haar vervangster dat ze me niet mocht zien en mijn geld geblokkeerd. Ik was dan een beetje boos daarover. Dat straffen en belonen werkt niet. Je zit in een bepaalde routine van elke dag dezelfde dingen te doen: je moet je drugs hebben, eten en je slapen en moet elke dag daarmee bezig zijn.”* (Kamiel, dakloos, 58 jaar)

Bijna de helft<sup>11</sup> van de respondenten kende ook een **gevangenisverleden** of hebben/hadden **justitiële problemen** (bv. voorwaarden hebben opgelegd gekregen, in een rechtszaak betrokken (geweest)). Ook wanneer ze van hun straf of voorwaarden af zijn, ervaren bepaalde respondenten dat de politie hen nog steeds viseert volgens. Freddy zijn quote illustreert dit.

*“De politie heeft me op het oog. Eens je iets fout gedaan hebt... Ik moet altijd in mijn blootje staan of dit of dat doen. Ik ben het beu aan het raken. Ken je dat, tijdens de Gentse feesten ook, ik heb een stempel op mijn naam.”* (Freddy, dakloos, 32 jaar)

Hoewel ze aangeven het moe te zijn in het vizier van politie te zitten, lijkt dit niet hun grootste zorg te zijn. Ze zijn immers gewoon aan de stigmatisatie door anderen. Het (gevoel van het) niet krijgen van kansen in de maatschappij weegt zwaarder door voor hen. Enkele respondenten halen aan dat de stigmatisatie vooral problematisch is als je in Nieuw Gent woont. Maarten spreekt zich hierover uit in onderstaande quote.

*“WoninGent is een maatschappij die mensen problematisch aanpakt. Zij zeggen van ‘ah pakt hem binnen, premie van zoveel en opgelost’. Maar het probleem blijft hem hier hangen. Woon je in Nieuw Gent, dan heb je een stempel: of je zijt een druggebruiker, of je zijt een alcoholieker of je zijt een crimineel, weet je wel? Dat is het klotige aan Nieuw Gent: je mag je al jaren bewijzen, tegen dat je het tegendeel bewijst... Toch krijg je een stempel op je hoofd, toch ben je gebruiker nummer zoveel. Nieuw Gent is gebruikersGent, wij zijn zo de afvalligen zo, wij hebben altijd een stempel gehad van ‘wij zijn problematisch’.”* (Maarten, 45 jaar)

### 3.4 Hulpverlening

Twee derde van de groep respondenten heeft een hulpverleningsgeschiedenis achter de rug (Tabel 5): de meesten voor hun drugsproblematiek, sommigen voor hun alcoholproblematiek en anderen kenden opnames omwille van psychische problemen (al dan niet in combinatie met verslaving). Respondenten verkregen drughulpverlening zowel in drug-specifieke hulpverleningscentra, residentieel en ambulant

<sup>11</sup> Dit kan een onderschatting zijn aangezien dit geen expliciete vraag was in het onderzoek en niet elke respondent dit spontaan aangaf.

(De Kiem, De Sleutel, Katarsis, Adic, De Pelgrim, Kompas, Vita Sint-Jan-Baptist, Alexianen zorggroep Tienen, De Kromme Boom, Karus, Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge, MSOC), als in ziekenhuizen, onder andere op de spoedafdeling of op een psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis, in de gevangenis (B.leave project) of bij een huisarts. Twee derde van de participanten die een hulpverleningsgeschiedenis kent, heeft een combinatie van verschillende vormen van hulpverlening doorlopen. Echter, een niet onbelangrijk deel van de bevraagde populatie (één derde) is nog nooit in behandeling geweest voor hun drugproblematiek. Onder die groep vallen vooral de nieuwkomers van Centraal- en Oost-Europese afkomst.

Tabel 5. Eerdere drughulpverlening.

Dienst	Ooit (n = 31)	Geprobeerd en afgehaakt laatste 6 maanden (n = 13)
Ambulante drughulpverlening	1	3
Therapeutische Gemeenschap (TG)	0	1
PAAZ	0	1
Substitutiebehandeling	4	6
Crisis (CIC/Sleidinge)	0	1
Spoed/UPSIE	3	0
Residentieel, lange opname	1	0
Gevangenis	1	0
Meerdere vormen	21	1

Iets meer dan een derde van de groep respondenten met een hulpverleningsgeschiedenis kwam in de hulpverlening terecht onder voorwaarden van justitie of door een gedwongen opname. Een ander deel van de respondenten liet zich vrijwillig opnemen om een (korte) periode “op hun gemak te zijn”, waarmee ze bedoelden voor even een stabiele slaapplek te hebben en op regelmatige tijdstippen te kunnen eten. Nog anderen wilden vrijwillig iets doen aan hun problematiek. Van die groep die onder justitie druk in de hulpverlening terecht kwam, ging later een deel van hen ook nog in vrijwillige opname. De ervaringen met de ziekenhuizen en drugspecifieke hulpverlening zijn uiteenlopend. Deze ervaringen, zowel tijdens de behandeling als kort na de opname, hebben een invloed op het al dan niet opnieuw zetten van de stap naar de drughulpverlening in de toekomst.

Hieronder lijsten we enkele ervaringen op die ervoor zorgden dat de respondenten *niet* opnieuw in behandeling wilden gaan in die specifieke setting, of ruimer in de drughulpverlening in het algemeen. De ervaringen zijn zeer divers; het is dan ook niet mogelijk om bij de aangehaalde redenen een onderscheid te maken tussen de meer en minder voorkomende ervaringen. Wel kan worden opgemerkt dat enkel de ervaringen worden gerapporteerd die door minstens 2 of 3 respondenten werden aangehaald. Wanneer de respondenten het gevoel kregen dat de behandeling niet veel meer inhoudt dan medicatie slikken, dan kan dit een reden zijn om geen hulp meer te zoeken in die setting, zoals Maarten hieronder aangeeft.

*“Naar Palfijn [algemeen ziekenhuis] wil en ga ik niet meer. Ik kreeg daar Seroquel en nog iets en ik heb daaraan een verslaving ontwikkeld. Ik werd niet geholpen, vroeg om een dokter en kreeg ze niet te zien. Wat heb ik dan aan een opname? Opgesloten zitten tussen muren waar ik geen kloten aan heb en nog eens 3000 euro moeten betalen. Ze staan erg achter in de medische sector. Als je een pil krijgt en er wordt niet eens gezegd wat voor pil het is. Niet met*

*mij, daarom ben ik uit die sector gestapt. Ze steken ons vol met pillen, zijn we dan mensen of slachtafval?” (Maarten, 45 jaar)*

Deze ervaringen kwamen vooral voor bij de niet drugspecifieke hulpverlening (bv. in ziekenhuizen). Echter, sommige respondenten gaven ook aan dat ze een drugspecifieke behandelsetting verplicht werden om (substitutie)medicatie te nemen. Indien ze dit weigerden, dan werden ze “buiten gegoid”. We horen vaker terugkomen dat de respondenten weigerachtig staan tegenover (substitutie)medicatie omdat ze hun ene verslaving niet willen vervangen door een andere. Verplichte substitutiemedicatie kan een barrière zijn om (opnieuw) in de drughulpverlening te stappen.

Verschillende respondenten hebben ook de ervaring gekend van het stopzetten van de drughulpverlening wanneer ze een hervat kenden. Dit kwam zowel voor bij de drugspecifieke als niet drugspecifieke hulpverlening. Ze werden daarna (in hun beleving) aan hun lot over gelaten en kregen geen tweede kans meer. Deze ervaring heeft een nefaste invloed op de bril waarmee ze nu naar de drughulpverlening kijken.

Daarnaast geven verschillende respondenten aan geen nabehandeling gekregen te hebben na hun opname. Deze ervaringen komen uit de niet drugspecifieke hulpverlening. Terug terecht komen in de oude omgeving, waar er niets veranderd is, doet het effect van de behandeling vaak teniet. Men ziet dan ook het nut niet (meer) in van een opname. De quotes hieronder van Bruno en Camille illustreren dit.

*“De UPSIE, daar ga ik niet meer gaan want daar ben je maar 2 dagen, als je erna buiten komt dan is het weer hetzelfde.” (Bruno, 28 jaar)*

*“Ik heb twee keer in de psychiatrie gezeten. Zolang ik daar zit is het goed, maar vanaf het moment dat ik hier [in zijn woonblok in Nieuw Gent] terugkom, is het weer om zeep. Het moment dat je hier binnenkomt, op de gang, de liften, de inkom, ... het ruikt naar cannabis en ja de zin is er terug. Ik mag nog 6 weken weggeweest zijn, ik heb geen probleem, daar denk ik er zelfs niet aan, heb geen zin erin maar als ik hier binnenkom... ruik het en krijg er goesting achter. Stress, dit, dat, de geur. Wat brengt het op, het gaat een paar weken goed en dan kom je terug en is het allemaal om zeep.” (Camille, ex-dakloos, 33 jaar)*

Naast negatieve ervaringen in het verleden met de drughulpverlening, spelen nog een aantal factoren mee in het al dan niet zetten van de stap naar de drughulpverlening alsook in het afhaken indien er al een stap gezet was.

Ten eerste speelt het financiële aspect, net zoals bij de medische hulpverlening, ook hier een rol, zeker wanneer de ziekteverzekering niet in orde is. Bezorgdheden omtrent het doorbetalen van de huur tijdens de opname, worden ook geuit. Ten tweede zijn de respondenten het moe om telkens opnieuw hun verhaal te doen aan nieuwe hulpverleners. Vervolgens lopen ze ook hier aan tegen wachtlijsten. Hierboven gaven we reeds aan dat de wachttijd voor substitutiemedicatie een reden is om af te haken. Dit is niet anders bij een ambulante of residentiële behandeling, zoals Bruno aangeeft.

*“Ik stond eens op de wachtlijst van de Kiem en moest elke week opnieuw bellen en wachtlijst, wachtlijst, wachtlijst en ik ben dan afgehaakt. Een jaar of twee geleden na de UPSIE was dat ook zo. Dan moet je ook belwaarde hebben op je telefoon maar je gaat daar je geld niet insteken.” (Bruno, 28 jaar)*

Ten vierde willen velen (nog) niet stoppen met gebruiken. De reden is vaak dat ze het nog, of te leuk vinden, of het niet nodig vinden - want geen problemen zien - of ze geen doel (meer) hebben in hun leven en dus het nut van behandeling niet (meer) inzien. Enkele respondenten geven ook aan dat ze enkel willen stoppen voor iemand (bv. een vrouw), maar niet voor zichzelf. Sommigen hebben ook al vele pogingen achter de rug om te stoppen met drugs en zijn doorheen het traject de hoop verloren. Ze hebben er zich bij neergelegd dat drugs "hun dood zal worden".

Een vijfde reden om niet naar een behandelsetting te gaan of af te haken is dat de respondenten geen andere gebruikers of dealers willen tegenkomen. Dit is bijvoorbeeld een reden waarom mensen niet naar het MSOC of een andere ambulante setting willen gaan. Luc legt dit in onderstaande quote uit.

*"Het MSOC dat weggaat, dat zou iets goed zijn. Het is een ontmoetingsplaats voor druggebruikers. Ik weiger pertinent om ernaartoe te gaan. Als je naar De Kiem gaat, dan kom je er misschien één [gebruiker/dealer] tegen, als je naar het MSOC gaat dan kom je er 10 tegen. En om je dan te laten meeslepen weer... Het is een goed project, maar het zou eerder moeten zijn van 'je gaat langs een deurke binnen en je gaat langs een ander deurke buiten', snap je, dat je elkaar zo niet moet tegen komen. Ja daar nu, ze staan daar allemaal in hetzelfde lokaalke te wachten en je begint sowieso te praten met elkaar. Dan leer je nog meer mensen kennen."*  
(Luc, ex-dakloos, 36 jaar)

Daarnaast werden enkele specifieke redenen gegeven om geen methadon te gebruiken. De respondenten halen bijvoorbeeld aan dat methadon niet goed is voor de lever, dat het een nog ergere en langere afkick geeft dan van heroïne zelf, dat ze het niet zien zitten om elke dag methadon te krijgen/halen (o.a. omdat ze dit niet altijd elke dag willen gebruiken), dat het geen zin heeft omdat ze toch nog zouden bijgebruiken, ....

Ten zesde geven enkelen aan dat ze het niet zouden aankunnen om nauwverwanten (bv. een partner, een familielid, een hond, ...) achter te laten of te missen wanneer ze in opname zouden zijn. Als er dan al een sociaal netwerk is, dan lijkt dit wel belangrijk te zijn voor hen en een drempel voor opname te vormen, zoals Bruno aangeeft.

*"Ik stond eens op het punt binnen te gaan in Adic, ze hadden mijn dossier al maar op het moment zelf ben ik niet binnen gegaan. Omdat ik te weinig bezoek zou hebben en ik ben zo een familiegehecht persoon en voor mijn hond ook."* (Bruno, 28 jaar)

Koppelopnames in België worden echter ook te weinig gedaan (en toegelaten door justitie) volgens een andere respondent. Ook de afstand, de trots en het schaamtegevoel kunnen een rol spelen in het al dan niet aanhaken aan de drughulpverlening, zoals Bruno bijvoorbeeld aangeeft.

*"De wil is er wel maar gewoon er naartoe gaan, de afstand om er naartoe te lopen. Het zou makkelijker zijn als iemand naar mijn huis zou komen, want ik ben iemand die niet graag mijn huis uitgaat. Ook het schaamtegevoel speelt mee. Je bent niet de enige die er komt, en ook dat je je verhaal gans weer moet uitleggen als er nieuwe zijn."* (Bruno, 28 jaar)

Als achtste reden kunnen we aanhalen dat sommigen afhaken omwille van een onverwachte ingrijpende gebeurtenis zoals bv. een plots overlijden van een dierbaar persoon of omwille van een afrekening in het milieu.

Nog een andere reden van de respondenten om niet naar de drughulpverlening te gaan is omdat het druggebruik in hun ervaring eerder een gevolg is van andere problemen (bv. medische problemen, onstabiele huisvesting, ...) en een behandeling voor de drugproblematiek dus de essentie van het probleem niet zou aanpakken. Zo pleit Kamiel bijvoorbeeld om de problemen in zijn totaliteit te zien en aan de grondproblematiek te werken.

*“Het brengt niet op omdat het niet gaat toekomen aan het punt waar ik aan wil werken. Het brengt niet op om te begeleiden om gevolgen van gevolgen van gevolgen aan te pakken. Men moet de oorzaak aanpakken, de grondproblematiek. Elke specialist bekijkt een deeltje maar ziet niet de hele mens.”* (Kamiel, dakloos, 58 jaar)

Sommige respondenten halen ook aan dat omwille van de cultuur het druggebruik moet verzwegen worden. Bv. in de Arabische cultuur is dit “haram” en zou er geen respect meer zijn voor die persoon als de omstaanders zouden weten dat hij/zij gebruikt. Dit is tevens een reden om niet in de drughulpverlening te gaan, uit schrik dat iemand die persoon daar zou zien en alles op het vlak van gebruik zou uitkomen. Een Marokkaanse respondent geeft aan dat hij dan eerder in behandeling zou gaan bij een dokter, en het liefst enkel medicatie ter behandeling van een verslaving zou krijgen, zodat niemand dit hoeft te weten.

Vervolgens hebben enkele respondenten ook een negatief beeld van de drugspecifieke hulpverlening en meer specifiek van de langere opnames. Ze hebben schrik dat ze geen controle meer zouden hebben op hun doen en laten en dat ze ‘eerder geleefd zouden worden dan zelf te leven’. Als een van de laatste redenen kunnen we aanhalen dat er ook respondenten zijn die de drughulpverlening niet kennen. Dit merken we vooral bij de nieuwkomers met een andere afkomst. Organisaties zoals de Kiem of de Sleutel zijn voor hen onbekend terrein. Voor sommigen is zelfs het concept “drughulpverlening” onbekend.

Als voorlaatste kunnen we aanhalen dat sommigen respondenten reeds een hele hulpverleningsgeschiedenis achter de rug hebben en aangeven dat ze ondertussen wel weten hoe ze zichzelf moeten helpen. Hierdoor komen zij niet meer in de drughulpverlening terecht. Tenslotte halen enkele respondenten ook aan dat ze in contact staan met een hulpverlener van een laagdrempelige organisatie (bv. van Opstap of Villa Voortman) of een straathoekwerker waarmee ze (gratis) kunnen praten en dat dit voor hen (momenteel) voldoende is waardoor er geen nood is aan verdere behandeling rond hun drugsproblematiek.

Zoals ook in Tabel 5 te zien is, bleek uit de bevraging van de respondenten dat iets meer dan een vierde van de respondenten in de afgelopen zes maanden nagedacht had over een behandeling (hoofdzakelijk substitutiebehandeling) en sommigen al een eerste stap gezet hadden naar de drughulpverlening maar dan toch weer afgehaakt zijn omwille van één of meerdere van bovenstaande redenen.

### 3.5 Noden en tips van de ervaringsdeskundigen

Hierboven schetsten we een beeld van het druggebruik van de respondenten, de gezondheidsproblemen en de sociale problemen waarmee de respondenten te kampen hebben, alsook hoe hun

hulpverleningsgeschiedenis eruit ziet. In wat volgt, gaan we dieper in op hun noden, hun ervaringen en de tips voor verbetering die ze ons aanbrengen.

Voor de meeste respondenten stellen we vast dat de noden heel gelijklopend zijn. Noden die door de grote groep frequent aangehaald worden zijn de volgende: nood aan financiële hulp, nood aan betaalbare woningen, nood aan gratis medische hulp, inclusief tandzorg, nood aan een zinvolle dagbesteding, nood aan (hulp bij het vinden van) werk, nood aan hulpverlening op maat én op het moment dat ze het nodig hebben, nood aan één vast persoon die de persoon bijstaat tijdens hun traject, nood aan iemand die helpt bij het in orde brengen van papieren, nood aan een uitgebreidere spuitenruil en info over veilig gebruik, nood aan decriminalisering/legalisering van drugs alsook meer begrip en minder taboe rond druggebruik(ers).

Daarnaast kunnen we specifiek voor de dakloze mensen nog een aantal extra noden toevoegen, nl. nood aan meer en betere opvang(mogelijkheden) voor de nacht, nood aan gebruiksruidtes, nood aan meer en betere voedselbedeling en nood aan uitgebreidere mogelijkheden voor basishygiëne zoals douches en wasruimtes.

Bij mensen die reeds een stabiele woonsituatie hebben en/of enigszins gestabiliseerd zijn in hun gebruik, merken we dat hun noden al wat verder af staan van de basisnoden (bed, bad, brood). Zij hebben vaker bijkomende of andere noden zoals bv. hulp bij het poetsen en koken, hulp bij het vinden van werk, van een betaalbare hobby of van een andere zinvolle dagbesteding, hulp bij het omgaan met hun verslaving, ...

Voor de groep nieuwkomers van Centraal- en Oost-Europese afkomst kunnen we aanhalen dat hun noden het hebben van werk, het hebben van een inkomen (al dan niet door werk), het hebben van een huis en het hebben van papieren zijn. Zij wensen hulp bij het vinden/in orde maken van deze zaken. Ook de basishygiëne zoals meer douches, toiletten en wasplaatsen alsook meer voedselbedeling wordt door enkelen van hen aangehaald. Opvallend is dat deze mensen ook de nood uiten naar hulp bij het herstel van relaties in het gezin/familie, wat bij de autochtone groep mensen niet aan bod kwam. Idealiter willen ze graag kunnen werken en een huis hebben zodat hun familie ook naar België kan komen en bij hen kan wonen. Deze respondenten haalden minder noden rond hulpverlening(sdiensten) aan, met uitzondering van meer verstrekking van propere naalden, vermoedelijk omdat ze het aanbod niet kennen of niet begrijpen. Deze mensen vinden meestal wel de weg naar enkele organisaties zoals de Fontein (om te douchen en de was te doen) en de Tinten (voor voedselbedeling, papieren en kledij).

In wat volgt, gaan we dieper in op bovengenoemde noden van de mensen. De noden die hieronder eerst besproken worden, zijn de noden waaraan het meest belang aan toegekend wordt door de meerderheid van de respondenten. Bijna alle noden werden frequent aangehaald door de respondenten; enkel de noden rond buprenorfine, de opslag van persoonlijke spullen en het testen van drugs werden minder vernoemd. Het pleidooi voor legalisering/decriminalisering van cannabis kwam vooral aan bod bij de gebruikers van cannabis. Daklozen tenslotte haalden meer dan andere respondenten noden rond woning, voeding en een gebruikersruimte aan.

### **3.5.1 Financieel**

De financiële nood is hoog bij de bevroagde respondenten. De respondenten geven aan dat er een basisinkomen zou moeten zijn voor iedereen, alsook dat het leefloon hoger zou moeten zijn. De wachttijd op een inkomen zou volgens de respondenten ook verkleind moeten worden, zeker voor



dakloze mensen. Dit zou ook al moeten geregeld worden van in de gevangenis, zodat de mensen meer kansen hebben na vrijlating. Hieronder beschrijft Kamiel zijn ervaring na vrijlating uit de gevangenis.

*“De eerste 10 dagen dat ik vrij was, had ik 40 euro. Je komt buiten uit de gevangenis en daar sta je dan. Dan verwachten ze dat je niet in het milieu belandt, maar de enige mensen die je kent zijn die. Als ze je alles afpakken en ze laten je gaan, wat verwachten ze dan. Laat op zijn minst een klein beetje geld staan. Velen voelen zich genoodzaakt om te stelen.”* (Kamiel, dakloos, 58 jaar)

### 3.5.2 Woonst

Een volgende grote nood is meer plaats om de nacht door te brengen. Niet weten waar ze de komende nacht zullen slapen, geeft de mensen enorm veel stress en dit leidt bij sommige respondenten tot middelengebruik. Respondenten (zowel de daklozen als ex-daklozen) halen aan dat de nachtopvang er 7 op 7 zou moeten zijn, alsook zou er volgens hen niet enkel een warme winter moeten zijn in de winter want elke nacht is hard voor hen. Sommige respondenten gaan zelfs een stap verder en halen aan dat het een basisrecht zou moeten zijn om een woning te verkrijgen als iemand al een lange tijd dakloos is, zoals de quote van Kamiel illustreert.

*“De huisvesting zou mensen die al 3 jaar op straat zitten, want dan krijg je een bepaald patroon waar je een dakloze niet meer zo makkelijk kan van afbrengen, automatisch een bepaald recht moeten geven. Als die dan wel of niet in de gevangenis verblijft ondertussen, maakt niet uit, maar als die dan weer in de dakloosheid terecht komt, zou er een oplossing moeten gezocht worden voor de langdurig daklozen. Want dan is er altijd weer een aantrek naar andere mensen om dat soort leven te gaan leiden. Ze sleuren elkaar er een beetje in mee.”* (Kamiel, dakloos, 58 jaar)

Niet zelden wordt er aangehaald dat er naast meer plaats in de nachtopvang, ook meer veiligheid zou moeten zijn in de nachtopvang. Een deel van de respondenten wil immers niet in de nachtopvang slapen vooral omwille van ervaringen met diefstal, agressie (vooral door mensen onder invloed) en druggebruik in de nachtopvang. Andere redenen die de respondenten aanhalen om daar niet te slapen zijn: omwille van hun trots, omdat ze met te veel mensen op een kamer moeten slapen en er zo te veel (snurk)geluid is en ziektes kunnen doorgegeven worden of omdat ze niet op tijd kunnen inbellen, bv. omdat ze geen telefoon ter beschikking hebben. Ter suggestie geven de respondenten mee dat er meer bewakend personeel zou moeten rondlopen 's nachts, zeker om de veiligheid van de vrouwen te garanderen, dat mensen onder invloed buiten gehouden moeten worden en dat de nachtopvang minder mensen zou moeten samenleggen in één kamer. Er komt ook veel kritiek op het vijfnachtensysteem. De respondenten vinden de regels van de nachtopvang, o.a. het feit men na 5 nachten opnieuw moet inbellen, vaak absurd. Deze quote hieronder illustreert waarom Jean geen fan is van de nachtopvang.

*“Ik heb zelf nooit van de nachtopvang gebruik gemaakt, maar met dat puntensysteem, ze proberen er een gestructureerde dakloze van te maken. In de zomer moet je vroeg binnen terwijl dat de terrasjes nog vol zitten, je moet 's morgens vroeg buiten en in het weekend zijn die niet open en soms moet je er een paar dagen wegblijven. In de winter zou je er elke dag moeten mogen komen he. Er zou meer plaats moeten zijn, ook dat het toegankelijker is. Als ik hoor dat je met 14 op één kamer slaapt, dan slaap ik liever alleen in mijn caravan ze. De ene snurkt, je moet je rugzak vastmaken met je riem aan je bed, ... het is goed dat het er is maar ...”* (Jean, ex-dakloos, 45 jaar)

Vervolgens zou er volgens de respondenten meer betaalbare (sociale) woningen moeten komen in de stad. Er wordt aangehaald dat studentenkotens ook de leegstaande woningen die niet 100 procent geschikt zijn om in te wonen beter opengesteld kunnen worden voor daklozen in plaats van ze te laten verkommeren. Dean legt met deze quote uit waarom.

*“Een sociaal verhuurkantoor? Die wachtlijsten zijn verschrikkelijk. Ik heb zoiets van al die daklozen hier, geef die een studiootje die misschien niet 100 procent geschikt is, maar ze gaan wel 3, 4, 5 maand van straat zijn en die maanden kunnen ze aan hun leven bouwen en andere dingen doen. Want nu de helft van de tijd bestaat uit overleven. Als ik die tijd zou kunnen investeren in andere dingen...”* (Dean, dakloos, 36 jaar)

Ook wordt er verschillende malen aangehaald dat de langdurige opvang (bv. de mannenopvang van het CAW) te duur is. Wanneer mensen een leefloon hebben en in een langdurig opvangcentrum verblijven, kunnen ze amper sparen, wat betekent dat er geen buffer opgebouwd kan worden om elders te wonen in de toekomst. De respondenten bekritisieren dit scherp, zoals blijkt uit de citaten van Camille en Dean.

*“De opvangcentra zijn echt duur. Je krijg een leefloon van 800, maar als je in de opvang wil zitten, 't is 900 en iets. Dus wat klopt er dan niet? Dat is een straatje zonder einde want je moet beginnen sparen voor een andere woonst maar als je opvang duurder is dan je inkomen, dan is er niet veel sparen aan voor te verhuizen hé en zo blijf je mensen in een cirkel houden. Iemand die niet aan het werken is of niet vooruit geraakt door omstandigheden of geen ziekte-uitkering heeft, geraakt er niet uit. Je blijft in dezelfde cirkel. Daar mag Stad Gent eens iets aan doen.”* (Camille, ex-dakloos, 33 jaar)

*“Hetzelfde in de langdurige opvangcentra: je kan daar niets sparen als je een leefloon hebt. Al je geld gaat naar de opvang en je krijgt 65 euro om van te leven in de week, daarvan heb ik niet gegeten elke dag. En als je buitenkomt heb je nog geen spaarboek opzigezet. Veel meubels hebben die mensen ook niet en je bent gedoemd om weer te hervallen na verloop van tijd want dan vraag je je af “wat zit ik in een leeg kot te doen”. Dat zou beter kunnen: verleg het geld (leefloon) een beetje of verleg de prijs (van de opvang) een beetje dat de mensen 100 euro kunnen overhouden aan het einde van de maand en na 5 maand heb je 500 euro en kunnen ze op hun eigen benen staan.”* (Dean, dakloos, 36 jaar)

### 3.5.3 Voeding

Hoewel sommige dakloze mensen aanhalen dat ze op het vlak van eten niet kunnen klagen in Gent, spreken er velen een nood uit naar meer voedselbedeling en restaurants waar je goedkoop kan eten. Zo wordt er aangehaald dat er “een Poverello” zou moeten zijn voor niet-vijftigplussers, waar een warme maaltijd genuttigd kan worden voor 1 euro. Daarnaast zou er volgens de respondenten meer voedselbedeling moeten zijn voor mensen met financiële moeilijkheden. Dit zou heel laagdrempelig moeten zijn. Zo haalde een respondent aan dat hij vroeger afgehaakt is bij de voedselbedeling omdat hij eerst een inschrijvingsblad moest gaan halen om een voedselpakket te kunnen verkrijgen. Respondenten halen aan dat zowel Belgen als nieuwkomers met een andere afkomst daarbij gelijke kansen moeten krijgen omdat ze ervaren dat het nu vaak gebeurt dat de producten meer worden meegenomen door de nieuwkomers.



De suggestie wordt gedaan voor een beter verspreide voedselbedeling in tijd, waarbij mensen regelmatig bij de voedselbedeling zouden kunnen langskomen en dan minder grote hoeveelheden voedsel in één keer zouden meekrijgen. Hoe de voedselbedeling nu loopt, is het vaak moeilijk, geeft Jonas aan.

*“Ik ga nu elke twee weken naar de voedselbank, dan krijg je gerief mee, veel te veel, en dat is nog maar 2 dagen houdbaar. Mijn diepvriesje is niet groot, je kan dat niet allemaal bewaren en je moet alles op 2 dagen opeten of 't is slecht. En als je geen plaats hebt om het te stockeren... Dus je zou minder moeten krijgen in één keer maar bv. om de 3 dagen kunnen gaan en dat ze gerief meegeven voor 3 dagen.” (Jonas, 35 jaar)*

Op een noodpakket voedsel zou je ook te lang moeten wachten volgens een respondent. Als suggestie haalt hij aan dat er bv. een noodpakket mee zou kunnen gegeven worden aan mensen die in de nachtopvang slapen. Ook vinden de respondenten dat de containers van supermarkten waarin afval gegooid wordt, opengesteld zouden moeten worden zodat mensen in nood aan het weggegooid voedsel kunnen. Het gebeurt nu te vaak dat er bleekmiddel op het voedsel in de containers gegooid wordt zodat de mensen dit niet kunnen “dumpster diven”.

Enkelen halen aan dat er ook in inloopcentra en andere organisaties die voedsel bedelen meer controle zou moeten zijn op de producten die gekregen worden van de Foodsavers<sup>12</sup>. Het gebeurt volgens hen nu dat de duurste producten meegenomen worden door het personeel, alsook dat de duurste producten gehouden worden tot het einde van de maand om dan op het ontbijt tegen een vergoeding vrij te geven; wat de respondenten boos maakt.

### **3.5.4 Medische hulp**

Vervolgens zou er volgens de respondenten meer (gratis) hulp bij fysieke problemen, zeker bij de complexere fysieke problematieken, alsook gratis tandzorg moeten zijn. De respondenten geven ook aan dat de hulp er sneller moet komen. Nu moeten de respondenten soms lang wachten op goedkeuring voor gratis hulpverlening (door het OCMW), wat erg vervelend is als ze pijn ervaren. De suggestie wordt gedaan om de goedkeuring via een geautomatiseerd systeem te laten lopen. Enkele respondenten geven ook aan dat een “vliegende dokter”, bv. vanuit het MSOC of vanuit het Wijkgezondheidscentrum (WGC) een meerwaarde zou zijn, om zo ook de mensen in de kraakpanden te bereiken. Daarnaast haalt een respondent aan dat hij liever zou hebben dat het OCMW gratis EHBO-kitjes zou verspreiden in plaats van condooms, omdat de mensen zich dit vaak niet kunnen permitteren. Op die manier kunnen ze zelf kleine kwaaltjes verzorgen.

### **3.5.5 Een vaste vertrouwenspersoon/trajectbegeleider**

Een rode draad doorheen de interviews is dat mensen het moe zijn om bij verschillende personen/organisaties telkens opnieuw hun verhaal te doen. Vaak kunnen ze niet (onmiddellijk) geholpen worden, waarna ze doorverwezen worden en weer opnieuw hun verhaal moeten doen. De respondenten hebben nood aan één vaste persoon die hen doorheen het traject gidst, alsook pleiten ze voor een betere samenwerking tussen diensten. Zeker wanneer er sprake is van een complexe problematiek, weegt dit zwaar door wanneer ze telkens van nul moeten beginnen, zoals Kamiel illustreert.

---

<sup>12</sup> Foodsavers is een project dat ervoor zorgt dat via een logistiek platform voedseloverschotten verzameld en geleverd worden aan Gentse sociale organisaties.

*“Dat ik niet duizend keer mijn verhaal moet doen tegen allemaal verschillende mensen en uiteindelijk mijn verhaal niet meer wil doen omdat ik weet dat het toch niet opbrengt. De week nadien is er toch weer iemand anders, of diegene waartegen ik het breng, kan er niets mee want het is niet zijn job. Er is niets concreet voor wanneer je met een diepgaande problematiek te maken krijgt. Er is niemand meer. Dan sta je er alleen voor. Ik heb nood aan iemand die me van A tot Z kan begeleiden, die me begeleidt tot aan een punt van nu kunnen we niet meer verder of bereiken we iets.” (Kamiel, dakloos, 58 jaar)*

De respondenten halen aan dat er vaak al veel hulpverlening bestaat, maar dat het niet evident is om de weg te vinden in het hulpverleningslandschap. De mensen zouden volgens hen beter geïnformeerd moeten worden over welke mogelijkheden er zijn en meer in goede banen geleid worden. Ze hebben nood aan iemand die voor hen alle mogelijkheden op een rijtje zet, bv. over waar je heen kan, wat je moet doen, ... Deze quote van Dean illustreert hoe moeilijk het soms is om de weg te vinden wanneer niemand hen informeert en hoe schaamte hier een rol kan in spelen.

*“Want toen ik dakloos was voor de eerste keer heb ik een week moeten zoeken wat een toeleider was. De eerste keer dat ik in de nachtopvang was, heb ik geen info gekregen, ben ik niet aangesproken geweest. De tweede nacht stond ik daar en was het van “je moet toekomen met een toeleider en hup, deur dicht”. Ik heb zelfs niet kunnen vragen wat een toeleider was, ik heb toen een week gezocht. Ik durfde weinig vragen, beschaamd omdat ik dakloos was. Je gaat dan niet veel vragen stellen en als je dan niet weet wat een toeleider is. Je gaat ervan uit van de eerste nacht kan ik hier en dat dat de tweede nacht ook zo is.” (Dean, dakloos, 36 jaar)*

In deze context wordt herhaaldelijk de nood aan iemand die de personen meeneemt naar (hulpverlenings)diensten aangehaald. Velen geven aan er niet toe te komen om alleen zaken te doen of in orde te brengen. Idealiter is dit iemand die hetzelfde meegemaakt heeft (bv. een ex-dakloze of ex-verslaafde) omdat deze de persoon hen het beste kan begrijpen. Volgens de respondenten is “de beste boswachter nog altijd een ex-stroper”. Bruno haalt aan hoe helpend het kan zijn als iemand je bijstaat.

*“Ik heb iemand nodig die me uit het huis sleurt en mijn handje vasthoudt om dingen in orde te gaan brengen. Een vriend van me doet dat nu. Als hij er niet geweest was, zou het nog altijd niet in orde zijn. Een begeleidster of zo, die eens op bezoek komt en zegt van papieren dit en dat en weet waar ik mee bezig ben. Bv. nu ook die “Jobfixers”, dat is een interim die bij me thuis komt om te solliciteren, me komt halen en terugbrengt van het werk.” (Bruno, 28 jaar).*

Specifiek voor de mensen die in kraakpanden leven, wordt door Jeffrey aangehaald dat het goed zou zijn dat er een vertrouwenspersoon aanwezig is.

*“Ook gelijk dat ze dan eens checken hoe het gaat met de mensen omdat ze op een manier leven die zo... ik ken er zo die bijna aan het sterven zijn, die niet eten, ... en er is niemand die er eens bij gaat zitten en vraagt hoe het gaat. Ik denk dat ze nood hebben aan iemand die eens komt luisteren naar hun verhaal want ze zetten zelf de stap niet naar buiten. Iemand die langskomt om te praten, dat hoeft niet op vaste tijdstippen, maar zo iemand die de ronde doet van gekende panden, best 's avonds of 's nachts want dan zijn ze wakker, en die kan ook zo wat vinger aan de pols houden bij die probleemgevallen, moest er iemand op tijd kunnen ingrijpen. Sommigen zijn heel passief, en als iemand anders dan een beslissing neemt... er zijn mensen die in heel beestachtige omstandigheden leven maar dat gebeurt achter gesloten deuren.” (Jeffrey, dakloos, 39 jaar)*

### 3.5.6 Papieren

Zoals hierboven aangehaald, is een deel van de populatie niet in orde met hun papieren. Vele respondenten geven aan slecht te zijn in het in orde brengen van papierwerk en wensen hier hulp bij te krijgen. Ze geven aan dat er bv. een dienst zou moeten bestaan waar ze heen kunnen gaan met hun papieren, of dat er een begeleider bij hen thuis zou moeten komen om hen hiermee te helpen. Ook komt er kritiek op de manier waarop in hun ervaring hulpverleners dit nu aanpakken, zoals Dean hieronder beschrijft. Hij gelooft meer in een proactieve, casusgerichte aanpak.

*“Brugteam, die mensen begeleiden mensen als de vraag er komt. Moest ik erin zitten, ik zou zelf naar nieuwe mensen gaan en vragen wat de problemen zijn, wat ik voor hen kan doen en zeggen van “kom, we gaan een paar dagen voor u vrij maken dat uw papieren in orde kunnen komen, dat je op je gemak dakloos kan zijn.” Nu is het af en toe eens dat er iets gedaan wordt maar die persoon is daarmee niet geholpen, het is maar 30% dat gedaan wordt. Geef mij twee dagen met gelijk wie en alle papieren gaan in orde zijn, dat moet maar twee dagen duren. En maak dat samen met de mensen in orde, als de mensen meegaan dan zullen die daar ook veel uit leren, dan lopen die ook niet verloren. Nu steken ze heel veel werk erin maar uiteindelijk voor die mensen zelf, ze worden het niet gewaar. Eén op één begeleiding zou ideaal zijn voor iedereen. Dan merk je ook of die persoon het wil of niet en als ze het niet willen, moet je er ook je tijd niet in steken. Als die er niet klaar voor is, dan nemen we een andere persoon die er wel klaar voor is.” (Dean, dakloos, 36 jaar)*

### 3.5.7 Propere spuiten

Verschillende respondenten benoemen vervolgens dat het bemachtigen van propere spuiten op zondag problematisch is. De quote van Jeffrey illustreert dit.

*“Je ziet vaak dat de zondag de mensen zonder propere naald zitten. Als je geen geld hebt op zondag, kan je letterlijk propere naalden als cash gebruiken, in ruil voor gerief. Ja er worden zelfs naalden opnieuw gebruikt, containers opengebroken dan.” (Jeffrey, dakloos, 39 jaar)*

Spuitenruil is namelijk niet open op zondag, wat als een grote beperking gezien wordt. Daarnaast weten de respondenten vaak niet in welke apothekers ze propere naalden kunnen krijgen. Meerdere respondenten halen aan dat de openingsuren van spuitenruil zouden moeten veranderen, zoals o.a. de quote van Jeffrey illustreert.

*“De meeste gebruikers gebruiken liever 's nachts, da's een feit. En ze zouden één avond op de week ofzo gelijk moeten open zijn, of de uren veranderen dat ze niet meer 's morgens open zijn, maar dan van de middag tot de nacht, zodat je je gerief wat later kan komen halen.” (Jeffrey, dakloos, 39 jaar).*

Ook vinden de respondenten dat er meer plaatsen zouden moeten zijn waar aan spuitenruil gedaan wordt en liefst van al ook plaatsen die 's nachts en op zondag open zijn. Ze halen aan dat dit ook in apothekers mag of bij andere diensten die in het weekend open zijn. In Nieuw Gent is er geen spuitenruilantenne, waar een groot ongenoegen door de mensen over geuit wordt. Het aantal gebruikte spuiten op openbare plaatsen (bv. in de zandbakken) zou daar volgens de respondenten problematisch zijn. Enkele respondenten stellen voor om automaten te voorzien over de hele stad waarin propere spuiten beschikbaar gesteld worden alsook ander materiaal dat nuttig kan zijn (zoals alcoholswaps,

tampons, watertjes, en lepeltjes). Een andere suggestie is dat er een soort van “Deliveroo service” zou moeten bestaan die propere spuiten op bestelling rondbrengt. Zo zou men ook beter de mensen in kraakpanden kunnen bereiken, zoals Jeffrey in deze quote aangeeft.

*“Wat ik vaak opmerk in de kraakpanden is dat veel mensen de weg niet vinden naar het MSOC. Dat heeft vooral te maken met het feit dat druggebruikers, zeker verslaafden, niet buiten raken. Ze raken niet op afspraak en zo. Ik ken bv. panden en plaatsen waar er gebruikt wordt en ik ging zelf spuiten brengen. Ze zouden iemand nodig hebben dat... bv. zoals je Uber Eats hebt, met de fiets, iemand die in aanraking komt met die mensen die leven in kraakpanden aangezien deze mensen vooral een isolerend bestaan hebben. Een soort van Deliveroo en aangepaste spuitenruil. Ik ken er toch veel in panden die niet buiten raken, en als ze dan eens buiten komen uit het pand is het precies ‘Return of the Walking Dead’.” (Jeffrey, dakloos, 39 jaar)*

Verstrekking van containers voor het verzamelen van gebruikte spuiten zou ook als een meerwaarde gezien worden, zeker in Nieuw Gent.

### 3.5.8 Veilig gebruik en overdosispreventie

Meer informatie over veilig gebruiken en overdosispreventie is vervolgens ook een van de noden van enkele respondenten. Dit blijkt vooral van belang te zijn voor dakloze mensen. Zo haalt een Jean bijvoorbeeld aan dat overdosissen bij hem vaker voorkwamen in zijn dakloze periode.

*“Het is nooit met de bedoeling geweest, maar ik heb wel gemerkt dat het [overdosissen] veel gebeurde in die 3 jaar dat ik dakloos was. Omdat het je dan allemaal een beetje minder kan schelen en je in je hoofd niet zo sterk staat. Nu voel ik me content met die woning en sindsdien is dat niet meer gebeurd. Dat heeft er veel mee te maken, als je hier (in je hoofd) sterk staat, kan je lichamelijk meer verdragen.” (Jean, ex-dakloos, 45 jaar)*

Enkele respondenten geven aan dat ze graag de symptomen van een overdosis zouden kunnen herkennen, graag willen weten wat ze moeten doen in het geval van een overdosis, ... Er wordt door de respondenten voorgesteld om een EHBO-cursus te organiseren specifiek gericht op veilig gebruiken, overdosis, abcessen en wondverzorging. Iemand stelt ook voor om affiches uit te hangen in de stad en folders te maken waarop nuttige informatie gegeven wordt rondom overdosissen. Enkele keren wordt ook de vraag gesteld naar het beschikbaar stellen van Naloxone<sup>13</sup> voor druggebruikers.

### 3.5.9 Gebruiksruimte

De meningen rond gebruiksruimtes zijn verdeeld. Een groot deel van de respondenten haalt aan dat het een goede zaak zou zijn als de mensen niet meer op straat of in toiletten zouden (moeten) gebruiken. Het belang van een gebruikersruimte blijkt dan vooral voor dakloze mensen aangezien zij een groter risico lopen om opgepakt te worden door de politie wegens gebruik op openbare plaatsen.

*“Als je dakloos bent, dat er een plaats is waar je kan gebruiken. Daardoor ben ik ooit in de Drugbehandelingskamer moeten gaan, omdat ik een keer aan het gebruiken was en het was in een toilet en plots was er politie en hadden ze me gevonden. Ik vond geen ader en dat was wat langer aan het duren.” (Ayoub, ex-dakloos, 30 jaar)*

---

<sup>13</sup> Naloxone is een opioïde antagonist. Het wordt gebruikt als specifiek antidotum (tegengif) tegen een overdosis opioïden zoals heroïne of morfine.

Een respondent haalt aan dat een gebruikersruimte ook het Enchanté project<sup>14</sup> ten goede zou komen. Hij is immers bang dat de gratis toiletten op termijn gebruikt zullen worden door zware gebruikers om te injecteren, eens ze over het project te weten zouden komen. Volgens velen zou het een goede zaak zijn dat die gebruikersruimtes ook 's nachts open zouden zijn omdat er dan velen gebruiken. De respondenten halen aan dat het een vereiste is dat er medisch personeel aanwezig is zodat deze een oogje in het zeil kunnen houden. Velen zien de voordelen ervan in op het vlak van overdosispreventie, het proper kunnen achterlaten van gebruikte spuiten alsook dat het een aanzet kan zijn naar begeleiding. Enkele respondenten geven ook aan dat er beter ook gratis heroïne verstrekt zou worden in de gebruikersruimtes aangezien ze dan enige kwaliteitscontrole op de heroïne kunnen hebben en er daarnaast minder gestolen zou worden (om zo de heroïne te bekostigen). Er heerst wel enige angst bij de respondenten dat de politie het cliënteel van de gebruikersruimte zou controleren of oppakken. Redenen contra een gebruikersruimte zijn dat enkele respondenten hier enkel gebruik zouden van maken als het op hun pad zou liggen op het moment dat ze willen gebruiken en dat het een plaats zou worden voor dealers en er zo meer criminaliteit zou ontstaan. De respondenten geven aan dat om die reden niet iedereen zomaar zou binnen mogen.

### 3.5.10 Hulpverlening op maat

Er is verder nood aan een plaats in de drughulpverlening op het moment dat iemand het nodig heeft. Hiermee wordt vooral bedoeld op het op tijd kunnen verkrijgen van een opnameplek in een centrum alsook het (quasi) onmiddellijk kunnen verkrijgen van substitutiemedicatie. Vele respondenten halen aan dat het van groot belang is dat de hulpverlening op maat van het individu afgestemd is. Dit blijkt uit onderstaande quotes van Bert en Dean.

*“Waar ik een hekel aan heb is het gebrek aan menselijkheid: dat is heel ruim, maar met alle regeltjes en richtlijnen. Iedereen is anders, heeft andere noden en behoeften. Hoe kan iedereen nu voldoen aan dezelfde regels, dat gaat niet. Een mens moet als mens aanschouwd worden. Het zijn die assistenten aan de balie, dat zit er gelijk ingestampt die regels. Er moet ruimte zijn om de regels individueel aan te passen.”* (Bert, dakloos, 33 jaar)

*“Het gaat me lukken [om te stoppen] als ik weer iets te doen heb overdag, want nu smoor ik uit verveling. En als ik een dagbesteding heb, ik zal niet zeggen dat ik niet meer zal smoren 's avonds, maar niet overdag. Dat zou mij helpen maar dat is niet voor iedereen. Voor iedereen is er een oplossing, alleen moet dat op maat gemaakt worden. Elke mens is anders en vergt een andere aanpak.”* (Dean, dakloos, 36 jaar)

Volgens Freddy zouden hulpverleners vooral moet motiveren vanuit die specifieke druggebruiker zijn of haar denkwijze als ze die persoon tot inzicht willen brengen. Hoe ze dit het beste kunnen doen, beschrijft hij in de volgende quote.

*“Ze moeten meer luisteren naar de mensen, hen niet gelijk geven op basis van hun drugs maar toch ze meer het gevoel geven van dat het niet nodig is. Niet gelijk geven dat het druggebruik goed is maar ze gelijk geven in hun doen en laten en manier van denken. In plaats van altijd maar te zeggen “neen” en “ge zijt daar niet voor ge maakt”, “ge kan beter”, ... Hulpverleners willen motiveren zo maar we vinden zo de motivatie niet. Je moet iemand motiveren op de manier waarop hij denkt en zijn denkwijze, aan zijn manier van denken proberen sleutelen en*

<sup>14</sup> Enchanté is een netwerk van hartelijke handelaars & burgers die kleine diensten aanbieden aan zij die hier nood aan hebben, gaande van een kop koffie, een knipbeurt bij de kapper tot een plek om even uit te rusten. Dit project wil van de stad een thuis maken voor iedereen.

*hem daar de motivatie laten uithalen, daar de energie laten in vinden. Ook al hebben ze geen dromen, toch dat klein droompje dat ze daar zitten hebben, dat vlammeke doen aanwakkeren en daar die motivatie geven. En hen niet pushen van “je zijt meer waard” en “je kan beter” etc. Door die dingen te zeggen komt het over van “je zijt niets waard nu”. Je staat er niet bij stil als hulpverlener dat die persoon afgebroken wordt, maar hij denkt er wel over na. Naar jezelf kijken, in de spiegel kijken is belangrijk omdat je dan weet van waar het probleem kan komen, maar ge moet ook die positieve ... Zoals ze nu werken van “da’s goe, da’s slecht”, daar word je depressief van en mensen knikken altijd maar van “ja, ja” maar ze zitten met hun gedachten ergens anders voor ervan af te zijn en that’s it.” (Freddy, dakloos, 32 jaar)*

### 3.5.11 Buprenorfine

Voorts zouden enkele respondenten graag ook buprenorfine kunnen verkrijgen in het MSOC in plaats van methadon omdat dit volgens hen minder verslavend is en een minder zware afkick geeft.

### 3.5.12 Dagbesteding

Een andere nood die frequent uitgedrukt wordt, is hulp bij het vinden van werk. Er zou volgens de respondenten meer informatie moeten komen over hoe de mensen werk kunnen vinden. De respondenten vinden dat vooral de nieuwkomers met een andere afkomst hierbij moeten geholpen worden, alsook drukken de nieuwkomers van Centraal- en Oost-Europese afkomst zelf deze nood uit. De suggestie wordt gedaan dat hulpverleners (bv. het personeel van de inloopcentra of mensen van de VDAB zelf) meer informatie kunnen geven over het vinden van een job. Autochtone mensen, die meestal wel de weg naar de VDAB vinden, geven op hun beurt aan dat er meer motiverend zou moeten gewerkt worden in de zoektocht naar een job. Meer motiverende, persoonlijke en aanklappende begeleiding zou volgens hen nodig zijn zodat ze het gevoel krijgen dat er iemand achter hen staat, zoals Jeroen aangeeft.

*“Iemand die altijd in contact is, die zo minstens ne keer of 2 keer op een dag belt van “wat heb je al gedaan?”. Denk dat dat jezelf motiveert want die persoon is dan min of meer je therapeut die je steunt daarin en ik denk wel dat dat zou werken. Dat dat zo een duwtje in de rug is.”*  
(Jeroen, 25 jaar)

Verder is er nood aan meer zinvolle dagbesteding voor volwassenen (en in Nieuw Gent ook voor jongeren). Verschillende respondenten halen aan dat er meer initiatieven zoals Opstap, Villa Voortman en Poco Loco<sup>15</sup> zouden moeten zijn: inloopcentra die er niet noodzakelijk alleen maar voor dakloze mensen zijn. Als niet-dakloze word je volgens Lies immers anders bekeken in inloopcentra.

*“Eigenlijk zouden er meer Villa’s moeten bestaan, plaatsen waar mensen na een intake kunnen afkomen om op te warmen, een praatje, gratis koffie eventueel een maaltijd of gewoon al voor een gesprek. Als je niet dakloos bent, dan bekijken ze je anders in inloopcentrums. Villa Voortman is er niet per se voor daklozen.”* (Lies, ex-dakloos, 37 jaar)

Activiteiten in inloopcentra zouden bovendien ook meer afgestemd moeten worden op de doelgroep, zoals Abraham aangeeft.

---

<sup>15</sup> Poco Loco is een ontmoetingshuis in Gent voor en door mensen die moeite hebben om aansluiting te vinden bij de samenleving.



*“Sommige organisaties doen echt niet wat ze zouden moeten doen. Bijvoorbeeld naar de kerstmarkt gaan met daklozen!? Die willen liever ergens binnen zitten in plaats van buiten in de kou. Inloopcentra ook, wat doen die gasten daar op de bureau? Ze zitten altijd te kaarten met die gasten. Maar wie zit daar? Daklozen. Zorg dan dat er boeken liggen of info over Sociale Verhuurkantoren. 't Zijn al buitenlanders die er zitten, geef les aan hen, of dat de VDAB eens info komt geven over werk. Ze willen niet veel moeite doen.” (Abraham, 41 jaar)*

Daarnaast willen de respondenten graag dat er meer zinvolle activiteiten in de wijk zijn. Deze nood bleek in Nieuw Gent nog sterker dan elders op de voorgrond te staan. Mensen leven daar vaak geïsoleerd, in de buurt is er weinig te doen en ze hebben het gevoel dat ze in de steek gelaten worden. Meer activiteiten en praatgroepen in de buurt zou volgens een respondent ook de naam van de wijk ten goede komen. Dit zou de respondenten ook helpen om minder te gebruiken. Meermaals wordt ook de vraag gesteld naar een extra hondenweide in Nieuw Gent, zowel voor het welzijn van de honden alsook om de vereenzaming van de mensen tegen te gaan.

### **3.5.13 Legalisering/decriminalisering en stigmatisering**

Vervolgens is legalisering/decriminalisering van cannabis een nood van de meeste cannabis-gebruikers. Ook ruimer vinden enkele respondenten dat er beter een legalisering/decriminalisering van alle illegale drugs zou komen. Daar hebben ze verschillende redenen voor: het werkt de-stigmatiserend: iemand zou geen stempel van 'junk' meer krijgen, het kan zo niet meer op het strafblad komen en dus geen obstakel vormen in de kansen die iemand krijgt in de maatschappij, alsook zou de overheid er volgens hen bij winnen op financieel vlak en zou er minder criminaliteit zijn. Anderen geven aan dat mensen daardoor misschien minder snel naar 'zwaardere middelen' zullen grijpen. Anton stelt voor in plaats van het gebruik te bestraffen, dat de Stad beter zou inzetten op het bespreekbaar maken van druggebruikers en het helpen van mensen.

*“Iedereen die een probleem heeft met alcohol of drugs die zit ergens in een slechte positie, in een heel persoonlijk iets. En dat gebruik is maar een symptoom, je kan dat bijna als een ziekte aanschouwen. En er zijn veel mensen die er wel goed mee om kunnen. Het is gewoon dom om mensen nog meer in een foute hoek te duwen, het is slimmer om het ten eerste bespreekbaar te maken en ten tweede die mensen proberen te helpen met programma's die meer gaan over je goed in je vel te voelen en de problemen die je hebt op te lossen eerder nog dan dat symptoom en die drugs aan te pakken en de mensen nog meer in hun problemen te duwen met boetes en gevangenis. Ook, wat kost dat allemaal niet aan de maatschappij.” (Anton, dakloos, 32 jaar)*

Het taboe en stigmatisering doorbreken is een verlangen dat door verschillende gebruikers aangehaald wordt. Er wordt aangehaald dat er meer respect nodig is, “dat de mensen meer over de doelgroep zouden moeten spreken zodat men kan zien dat deze mensen bijlange zo slecht niet zijn als men denkt” (Bill, ex-dakloos, 49 jaar). De gebruikers willen het gevoel krijgen dat ze er ook mogen zijn.

### **3.5.14 Testcentra kwaliteit drugs**

Wat betreft de testcentra voor de kwaliteit van drugs te laten testen, zijn de meningen verdeeld. Enkelen geven aan dat dit een goede zaak zou zijn op feestjes alsook dat gebruikers dit in het MSOC of bij de huisarts zou moeten kunnen doen. Er wordt benadrukt dat de anonimiteit hierbij erg belangrijk is. Andere respondenten denken niet zozeer in termen van risico's van het product maar zouden het

interessanter vinden dat ze hun de drugs zouden kunnen laten testen vooraleer ze die kopen van de dealer om te zien of ze waar voor hun geld krijgen. Bij verschillende respondenten heerst er ook een schrik dat de politie hen zou kunnen oppakken wanneer ze zien dat drugspullen bij hebben alsook willen ze niet een deel van hun drugs kwijtraken aan een testing.

### 3.5.15 Opslag spullen

Tenslotte zou er volgens Wim een noodnummer moeten bestaan waar je als (bijna) dakloze naartoe kan bellen om een opslagplaats te regelen voor je spullen, zoals onderstaande hij in quote illustreert. De lockers nu komen onvoldoende aan onverwachte omstandigheden tegemoet.

*“Mensen die bijvoorbeeld van de ene week op de andere op straat komen dat daar eigenlijk meer begeleiding moet voor zijn voor persoonlijke spullen gelijk kleren enzo. Voor mensen die op straat komen omdat ze bijvoorbeeld buiten gesmeten zijn bij hun vrouw of dat ze problemen hebben met de huisbaas en dan is het zo van ge kunt maar meepakken wat ge meepakt. En mensen die dakloos zijn, dat zijn meestal mensen die niet echt veel mensen kennen. Misschien een soort van noodnummer ofzo, dat als je dakloos bent of wordt binnenkort, dat ze die mensen dan iets kunnen geven, desnoods op termijn om echt wel kleren en wat persoonlijk gerief te kunnen in opslaan. Want er zijn zelfs mensen die in de nachtopvang niet binnen mogen omdat ze geen basis hygiëne hebben, alléja als je u niet kan verversen of verschonen. Dat is soms triestig dan, dat zou dan meer georganiseerd moeten worden, bv. met pamfletten ofzo in het OCMW. Dat het persoonlijk gerief niet aan de huisbaas overgelaten wordt, want met 7 zakken op straat hou je het ook niet uit. Je kan ook lockers huren en reserveren aan het Baudelopark maar dan moet je bellen en de code hebben en niet iedereen weet dat en die aan station zijn 5 euro.” (Wim, dakloos, 33 jaar)*

## 4 AANBEVELINGEN

Uit de needs assessment van de druggebruikers die niet bereikt worden door de drughulpverlening in Gent blijkt een behoefte aan de uitbreiding van het aanbod van een aantal bestaande initiatieven. Op verschillende levensdomeinen zien we noden waaraan momenteel niet (voldoende) voldaan wordt.

Ten eerste wordt het thema **wonen** door de gebruikers aanzien als een lokale prioriteit. Uit de kwantitatieve data blijkt ook dat de helft van de respondenten geen stabiele woonsituatie kent. Nog meer inzetten op het verbeteren van het aanbod van betaalbare woning in de stad alsook op het voorzien van snellere toegang tot woningen is een belangrijke aanbeveling. Specifiek voor Nieuw Gent zou ook werk moeten gemaakt worden van ‘woonbaar’, kwaliteitsvol wonen. Die noodzaak komt sterk naar voor in de volgende quote van Maarten.

*“Nieuw Gent is een problematiekwijk. De woningen zijn niet goed voor de mensen: er is geen isolatie, het zijn betonnen muren en er is schimmel, betonrot, bullexen dat ze niet willen herstellen. WoninGent [sociale huisvestingsmaatschappij] zegt: ‘We doen geen verbouwingskosten meer omdat het afgebroken wordt’. Maar waarom steken ze dan een nieuwe lift en al? Als ze het niet deftig aanpakken blijven we in het sukkelstraatje zitten.” (Maarten, 45 jaar)*



Naast een betaalbare woning, wordt een uitbreiding van de nachtopvang voor dakloze mensen aanbevolen. Niet enkel pleiten de respondenten voor méér nachtopvang, ook de laagdrempeligheid (bv. de vijf-nachtenregel) en de veiligheid in de nachtopvang verdienen meer aandacht.

In dit onderzoek werd duidelijk dat een groot deel van de respondenten worstelen met hun situatie en zoekende zijn om stappen te zetten richting een stabiel leven. De wil om die stappen te zetten is er, maar wordt bemoeilijkt wanneer de mensen geen dak boven hun hoofd hebben. De stap naar de drughulpverlening is dan ook nog te ver weg wanneer de mensen geen stabiele huisvestingssituatie hebben, niet in orde zijn met hun papieren, er veel schulden zijn, ... Als we het groeipotentieel van deze mensen verder willen stimuleren, dan is het voorzien van een stabiele huisvestingssituatie een eerste, essentiële en prioritaire stap in de goede richting. *Housing First* projecten, specifiek voor dakloze gebruikers, kunnen hier inspiratie bieden, zoals Favril, Vander Laenen en Decorte (2015) eerder al als suggestie aanhaalden in Gent. Het principe van *Housing First* is namelijk dat voor chronisch dakloze mensen eerst gezorgd wordt voor huisvesting, los van voorwaarden of van hulpverlening (Pannecoucke & De Decker, 2014). Een wooncoach ondersteunt dan de persoon om de woning te behouden en te werken aan alle relevante levensdomeinen.

Vervolgens kunnen initiatieven die voorzien in de **basishygiëne** verder uitgebreid worden wat betreft het aanbod, de toegankelijkheid en de bereikbaarheid. Er zouden zowel meer douches als wasruimtes moeten komen volgens de respondenten, verspreid over de hele stad én met ruimere openingsuren. Ook zouden de mensen baat hebben bij meer goedkope restaurants en meer en meer verspreide voedselbedeling, zowel geografisch als in de tijd.

Ten derde moet er meer ingezet worden op het in orde brengen van de **administratie** van de mensen (zoals identiteitskaart, ziekteverzekering en domicilie). De vraag is om hier expliciet meer aandacht aan te besteden door het OCMW, eventueel zelfs dat er een specifieke dienst komt die de mensen hierbij helpt. Er is immers niet bij iedereen het vertrouwen dat dit bij het OCMW kan. Belangrijk volgens de respondenten is dat men de papierwinkel meteen grondig aanpakt, waarmee ze bedoelen dat alle papierwerk ineens in orde wordt gemaakt in plaats van nu en dan een deel.

Een volgende prangende nood bevindt zich op het **financiële vlak**. Eén van de knelpunten die de respondenten ervaren is dat het leefloon zoals het vandaag bestaat, het erg moeilijk maakt om op een menswaardige manier te leven. Dit komt bijvoorbeeld scherp tot uiting op het moment dat mensen in een opvangvoorziening, zoals de langdurige mannenopvang, terecht komen. De kosten die daarmee gepaard gaan zorgen ervoor dat onvoldoende middelen overblijven om zelf nog zaken te doen waar ze voldoening uithalen. Het water staat deze respondenten aan de lippen op financieel vlak waardoor nog weinig ruimte blijft voor kwaliteit van leven, zoals Jean met deze woorden illustreert.

*“Als ik werk via de VDAB moet ik alles aan de schuldbemiddelaar geven. Ik was 3 jaar dakloos en 1200 euro moest ik betalen. Ik had maar 10 euro per dag. Goed dat ik het Carrefourke nog heb... Eten is er genoeg: ‘t Spaans huis, ribbokes, steak, je kan dat voor niets krijgen. Verhongerden ga ik niet doen. Nu, mijn waspoeder is op, dan ben ik niets met een wasmachine. Dus ik vroeg aan mijn schuldbemiddelaar voor extra geld. Dan zei ze: “Er is altijd iets [waarvoor je geld vraagt]”. Ja, oké, mijn verjaardag da’s één keer in een jaar, en als het paasvakantie is, ja dan komt mijn dochter eens een paar dagen en wil ik eens een spaghetti gaan eten met haar, en ja ik weet het, dat is boven mijn budget. Als je je waspoeder en die dingen allemaal met 10 euro moet betalen, dan leef je in een andere wereld hé. Ook mijn telefoon moet ik betalen met 10 euro per dag.” (Jean, ex-dakloos, 45 jaar)*

Een vijfde prioriteit betreft de **medisch, somatische, zorg** en daaraan gelinkt de **tandzorg**. Hierop meer inzetten kan nog heel wat gezondheidswinst opleveren. Zo zou het bijvoorbeeld in de medische hulpverlening een meerwaarde zijn als dokters (bv. van het WGC of het MSOC) meer outreachend te werk zouden gaan. Vindplaats gerichte dokters (een type van mobiele equipe artsen) zouden zo ook de meest geïsoleerde groep gebruikers in de kraakpanden kunnen bereiken. Voor deze mensen is de barrière immers niet enkel financieel maar ook fysiek. Aangezien de respondenten vaak zelf hun wondjes verzorgen, zou het verstrekken van een basis EHBO-pakket aan deze populatie de zelfzorg kunnen ondersteunen.

In het bijzonder is het volop inzetten op gratis tandzorg voor deze groep respondenten een prioriteit; hoe dan ook is voor deze populatie de derdebetalersregeling een optie zoals het Rekenhof (2016, p. 65) aangaf. Dit kan bijvoorbeeld in het MSOC zijn, in de Wijkgezondheidscentra of idealiter zouden we ook hier kunnen inzetten op mobiele tandzorg. Aangezien deze mensen vaak wachten om naar de tandarts te gaan tot het heel ernstig is, dient zich hier een kans aan om preventief aan de slag te gaan met deze populatie. De Stad zou kunnen inzetten op regelmatige, preventieve, gratis tandzorg. Uit het onderzoek bleek dat het financiële aspect de grootste drempel vormde om hun tandproblemen aan te pakken en wanneer de respondenten de stap al zetten, dat het dan vaak een lange tijd duurt vooraleer ze goedkeuring krijgen van het OCMW voor financiële steun. De vraag is of er eventueel een afspraak kan gemaakt worden tussen het OCMW en de Stad om de wachttijd hieromtrent te verkorten?

Vervolgens is een debat rond het inzetten op de uitbreiding van enkele bestaande **harm reduction-initiatieven** en de opstart van een aantal nieuwe harm reduction-initiatieven aan de orde. Veelvuldig onderzoek wees immers uit dat schadebeperkende maatregelen de risico's en schade geassocieerd met druggebruik significant kunnen reduceren, zowel voor de gebruiker, diens omgeving als voor de samenleving (Babor *et al.*, 2019; Csete *et al.*, 2016; EMCDDA, 2017; Marlatt & Witkiewitz, 2010; Rhodes & Hedrich, 2010; Ritter & Cameron, 2006). De uitbreiding van spuitenruil en overdosispreventie zou de betrokkenen dan ook ten goede komen. Het bestaande aanbod komt immers niet (volledig) tegemoet aan de behoeften van deze populatie. Er is nood aan een uitbreiding van de dagen en uren waarop spuitenruil beschikbaar is, namelijk 's avonds en eventueel 's nachts, alsook op zondag. Eventueel kan gedacht worden aan een outreachende werking, en een uitbreiding van de spuitenruil-antennes in verschillende wijken. Vooral in Nieuw Gent is de nood aan spuitenruil groot. Daarnaast kan bij deze groep nog meer aan overdosispreventie gedaan worden (bv. informatie en educatie over hoe ze een overdosis kunnen herkennen, wat ze dan moeten doen) en zou Naloxone beschikbaar gesteld kunnen worden, mits een opleiding van de gebruikers (Coffin & Sullivan, 2013; McDonald *et al.*, 2017; McDonald & Strang, 2016). De Stad zou, bij uitstek voor de populatie dakloze mensen, kunnen voorzien in een medisch gesuperviseerde gebruikruimte. Onderzoek wees immers uit dat een gebruikruimte een erg effectieve maatregel blijkt op het vlak van morbiditeit, mortaliteit en overlast (Kennedy *et al.*, 2017; Potier *et al.*, 2014). De implementatie van een gebruikruimte dient echter behoedzaam te gebeuren, waarbij degelijk voorbereidend werk essentieel is (voor een uitgebreide bespreking, zie Vander Laenen *et al.*, 2018). Dergelijke aanbevelingen op het vlak van harm reduction zijn niet nieuw voor Gent; deze werden eerder gemaakt door de Universiteit Gent (Favril *et al.*, 2015).

Een volgende prioriteit is het inzetten op meer mogelijkheden tot **zinvolle dagbesteding**. Het belang voor druggebruikers van een dagbesteding, die op een zinvolle en gestructureerde manier ingevuld kan worden, wordt immers breed onderschreven zowel door de respondenten als door de literatuur. Gestructureerde dagactiviteiten hebben immers een positieve invloed op de kwaliteit van leven van druggebruikers, ze bevorderen de sociale re-integratie en kunnen een springplank zijn naar verdere (drug)hulpverlening of sociale activering (Favril *et al.*, 2015; Sumnall & Brotherhood, 2012). De Stad

zou kunnen voorzien in meer initiatieven zoals Opstap, Poco Loco en Villa Voortman: plaatsen waar gebruikers overdag terecht kunnen voor opvang, waar zowel dakloze als niet-dakloze mensen zich thuis kunnen voelen (Vanderplasschen *et al.*, 2015; Vandeveld *et al.*, 2018). Daarbij vinden enkele respondenten het belangrijk dat bij die initiatieven ook de mogelijkheid bestaat tot vrijwilligerswerk. Favril, Vander Laenen en Decorte (2015) deden eerder al de suggestie dat dit idealiter gaat om verschillende, meer kleinschalige initiatieven, verspreid over de stad Gent waarbij de doelpopulatie een zekere keuzevrijheid heeft. Straathoekwerkers en KRAS-diensten zouden kunnen ondersteunen wat betreft toeleiding naar deze initiatieven. Ook zouden meer activiteiten in de buurt georganiseerd kunnen worden zodat mensen elkaar kunnen ontmoeten. Voor een bepaalde groep respondenten, die een stabiele woonsituatie hebben, kan een zinvolle dagbesteding ook bestaan uit werk. Daarbij zou ingezet dienen te worden op een intensievere begeleiding naar werk, waarbij het outreachende aspect opnieuw helpend kan zijn.

Een laatste grote prioriteit voor de gebruikers is de aanpak van de **stigmatisering** die samenhangt met het illegale karakter van drugs en met het hebben van een strafblad, waardoor de respondenten minder kansen krijgen in de maatschappij (LeBel, 2012; Schnittker & John, 2007). Dit maakt een gewoon leven, laat staan herstel, voor hen erg lastig. Inzetten op het helpen van druggebruikers (eerder dan op het vervolgen en bestraffen) kan de problematiek in de kern aanpakken (Csete *et al.*, 2016; Volkow *et al.*, 2017). Als men dan toch in de strafrechtsketen terecht zou komen, is een doorverwijzing naar de drughulpverlening aan de orde (Belenko *et al.*, 2013; EMCDDA, 2017; UNODC, 2018).

Aanvullend op de aanbevelingen op basis van de prioriteiten van de druggebruikers, kunnen we zelf nog een aantal **structurele aanbevelingen** formuleren. Hoewel de meerderheid van de respondenten vooral een vraag heeft naar (psycho)sociale ondersteuning op verschillende levensdomeinen, kunnen we, op basis van het kwantitatieve luik, aanbevelen dat nog meer ingezet kan worden op **geestelijke gezondheidszorg** (Colledge *et al.*, 2020; EMCDDA, 2015; Kessler, 2004). Een aantal respondenten (n=8) drukken ook expliciet de behoefte uit naar meer hulp bij psychische problemen. Dat vele respondenten aangeven te kampen met een psychische problematiek, terwijl ze zelf weinig aanbevelingen hierrond doen, kan gekaderd worden in hun "behoefte piramide". Geestelijke gezondheidszorg ligt namelijk nog ver weg van de essentiële basisbehoeften (bed, bad, brood) waar eerst aan voldaan moet worden vooraleer de respondenten hun psychische problemen kunnen aanpakken. Een uitbreiding van het bestaande aanbod van geestelijke gezondheidszorg is wenselijk (EMCDDA, 2015; NIDA, 2018) en specifiek voor deze populatie is het aangewezen dat deze ook gratis is. Voor een kleine groep zou er ook extra aandacht besteed kunnen worden om te voorzien in een aanbod van trauma- en/of rouwbegeleiding (Najavits & Hien, 2013).

Ten tweede, gezien het grote aantal respondenten in deze populatie met een gevangenisverleden, kunnen we alleen maar herhalen dat het belangrijk is om al van **in de gevangenis** in te zetten op psychologische en psychosociale (drug)**hulpverlening** (Favril & Vander Laenen, 2018; Favril *et al.*, 2017; Vanhex *et al.*, 2014). Daarnaast moet er geïnvesteerd worden in het nauwkeurig voorbereiden van de mensen naar vrijlating, alsook zou de zorg en hulpverlening moeten verdergezet worden na vrijlating. Het is een gemiste kans om deze populatie op dit punt los te laten (Favril & Dirkzwager, 2019).

Een derde belangrijke structurele aanbeveling is dat het reeds uitgebreide **aanbod** van diensten en hulpverlening in de stad **meer kenbaar** gemaakt moet worden omdat we merken dat (een groot deel van) de groep niet goed op de hoogte is van het bestaande aanbod. Dit gaat over allerlei diensten, gaande van KRAS-diensten tot specifieke drughulpverlening zoals De Sleutel of De Kiem. Zeker bij de groep nieuwkomers van Centraal- en Oost-Europese afkomst merken we dat zij het bos door de bomen

niet meer zien en niet weten waar ze terecht kunnen met hun vragen en problemen. Outreachend werken alleen zal voor een groot deel van de groep echter niet volstaan. Een **trajectbegeleider** zou aan vele problemen tegemoet kunnen komen. Deze persoon zou de respondenten informatie kunnen geven, letterlijk met hen samen zitten en het aanbod overlopen (Vanderplasschen *et al.*, 2015). Naast het geven van informatie kan deze persoon de respondenten ook bijstaan in het begeleiden naar de gepaste zorg. Deze trajectbegeleider zou de respondenten bijna letterlijk bij de hand moeten nemen en zaken met hen in orde (gaan) brengen: fysiek meegaan met hen, mee bellen naar die dokter, ... Kortom hen (pro)actief zowel mentaal als fysiek ondersteunen in het bewandelen van hun traject. Deze werkwijze vertoont gelijkenissen met de methodiek van casemanagement, waarbij een casemanager de coördinatie en opvolging van het hulpverleningsproces van de cliënt op zich neemt; een interventie die effectief blijkt te zijn voor de populatie druggebruikers (Vanderplasschen *et al.*, 2019). Belangrijk is dat deze trajectbegeleider één vaste persoon is zodat de mensen niet steeds hun verhaal opnieuw moeten doen. Eerder gaven we al aan dat dit immers een reden kan zijn om af te haken. De essentie van deze werkwijze is dat niet volstaan wordt met het inzetten op de methodiek van trajectbegeleiding en op continuïteit van zorg, als wel op het inzetten op één persoon, een trajectbegeleider, en dus op continuïteit van de zorgverlener. Zeker bij de nieuwkomers van Centraal- en Oost-Europese afkomst is een **vaste trajectbegeleider** van belang. Zij kennen immers nauwelijks (de) hulp- en dienstverlening; buiten, wat zij benoemen als, "een assistent". Een assistent is één aanspreekpersoon waar ze voor alles bij terecht kunnen. Er is bij hen immers geen sprake van differentiatie tussen verschillende vormen van hulp- en dienstverlening. Verspreiding van aangepaste en verstaanbare informatie over de gezondheidszorg voor personen met een migratieachtergrond kan helpend zijn, zoals eerder al aanbevolen werd in de Gentse lokale context (Decorte *et al.*, 2016). Een trajectbegeleider zou aldus kunnen helpen om deze informatie te verspreiden, alsook zou deze kunnen het wantrouwen ten aanzien van diensten temperen (wat ook aanbevolen werd in het onderzoek door Decorte en collega's in 2016).

Daarnaast kan een trajectbegeleider ook bijzonder zinvol zijn om de groep mensen in de kraakpanden te bereiken alsook kunnen zij personen met een erg complexe problematiek bijstaan in hun traject. Idealiter is die trajectbegeleider een gestabiliseerde ervaringsdeskundige; op zijn minst is dit iemand die op een heel begripvolle manier met deze populatie kan omgaan (Luchenski *et al.*, 2018). We kunnen stellen dat elk van de bevraagde respondenten baat kan hebben bij een trajectbegeleider. De intensiteit waarmee dit dient te gebeuren, zal afhangen van de noden van het individu. Dat er meer nodig is voor deze doelgroep dan dat er nu is, is helder. Uit de ervaringen in het uitvoeren van dit onderzoek werd ook duidelijk dat een outreachende trajectbegeleider kan werken bij deze populatie, aangezien de onderzoeker erin slaagde mensen tot bij organisaties te krijgen, letterlijk door ze naar daar mee te nemen.

Hoewel slechts enkele respondenten expliciet de vraag stelden naar een gespecialiseerde of geïntegreerde dienst voor het **testen op HIV, Hepatitis C en andere soa's** kunnen we toch, op basis van de kwantitatieve gegevens (Degenhardt *et al.*, 2017), een vierde aanbeveling formuleren om te voorzien in de mogelijkheid voor druggebruikers om zich gratis te laten testen (UNAIDS, 2016). Een vierde van de respondenten is niet (recent) getest geweest en weet niet of ze een soa hebben. Misschien dat ze door het voorzien van gratis testen dit sneller zouden laten doen. Het testen op soa's zou bijvoorbeeld in het MSOC kunnen plaatsvinden, al wordt er ook aangegeven dat dit een aparte dienst mag zijn. Testen op zich zal niet volstaan; ook hier is een gratis behandeling een aanbeveling. Net als sputtenruil (Abdul-Quader *et al.*, 2013) blijkt ook het testen en behandelen van overdraagbare aandoeningen gezondheidswinst op te leveren, zowel voor het individu als voor de (directe) omgeving (WHO *et al.*, 2012).

Een vijfde structurele aanbeveling is dat de nieuwkomers van Centraal- en Oost-Europese afkomst **educatie** zouden moeten krijgen over de **gezondheidsgevolgen** van de legale middelen die ze op een onbedoelde wijze gebruiken (De Rynck & Evenepoel, 2014). Zelf denken deze respondenten immers weinig na over de risico's voor hun gezondheid. Aangezien zij alle vertrouwen leggen bij één persoon, namelijk "een assistent", lijkt het aangewezen dat dit door die persoon gedaan wordt.

Naast voorgaande algemene aanbevelingen kunnen we ook nog enkele specifieke aanbevelingen formuleren, die gericht zijn op **wijkniveau en op organisatieniveau**. Een eerste specifieke aanbeveling is dat, als het gaat om het inzetten van extra personeel of het bijzonder inzetten van personeel, dat van **Nieuw Gent** een absolute prioriteit moet gemaakt worden. Deze aanbeveling voor Nieuw Gent geldt niet enkel op het vlak van kwaliteitsvol en betaalbaar wonen, maar ook op het vlak van veiligheid en druggebruik. Niet zelden haalden de respondenten aan dat in Nieuw Gent veel overlast wordt ervaren, veel (en zwaar) druggebruik, en gebruikte spuiten weggegooid worden. In deze context werken aan een drugproblematiek is dan ook geen evidentie.

Een tweede specifieke aanbeveling spitst zich toe op de **straathoekwerk en de buurtstewards**.<sup>16</sup> Of een straathoekwerker of buurtsteward de rol van trajectbegeleider kan invullen, laten we in het midden, maar er zijn alvast nog groeimogelijkheden voor hen weggelegd. Zo zouden straathoekwerkers en buurtstewards meer in contact kunnen komen met de groep nieuwkomers van Centraal- en Oost-Europese afkomst door een bekend gezicht te worden in de KRAS-diensten (de Fontein en de Tinten) en de inloopcentra. Daarnaast kunnen de straathoekwerkers en buurtstewards ook meer op een *snowball*-gerichte manier tewerk gaan in het vinden van een tot nog toe niet-bereikte groep mensen (Heckathorn, 2011). Straathoekwerkers en buurtstewards zouden bijvoorbeeld via gatekeepers meer in kraakpanden kunnen raken of bij geïsoleerde mensen thuis raken. Eventueel kan nagedacht worden om hierbij met een incentive te werken.

Een derde specifieke aanbeveling is weggelegd voor het **MSOC**. Aangezien het volledige aanbod van het MSOC in de perceptie van de respondenten sterk gekoppeld is aan de verstrekking van methadon, lijkt het zinvol om duidelijker over het aanbod van het MSOC te communiceren en ook het somatische en psychosociale aanbod meer te expliciteren. Heldere en duidelijke communicatie is van belang om onvolledige of mispercepties van (potentiële) cliënten de wereld uit te helpen. Daarnaast is de opdracht van het MSOC om zich te focussen op alle illegale drugs. Ook hier hebben de respondenten de beeldvorming dat het MSOC er enkel is voor heroïnegebruikers. Vervolgens is er ook vraag naar het (meer) aanbieden van buprenorfine in plaats van methadon (Volkow *et al.*, 2019).<sup>17</sup> Daarnaast wordt het te grote tijdsinterval tussen de intake en de eigenlijke start van de substitutiemedicatie sterk bekritiseerd door de respondenten. Het afkicken is voor hen op dat moment zo zwaar dat ze een erg grote nood hebben aan behandeling op dat moment. Indien ze deze niet krijgen, lossen ze dit vaak op door opnieuw drugs te gebruiken. De vraag is of er een tussenoplossing gevonden kan worden, zonder meteen in te gaan op de vraag om onmiddellijk medicatie voor te schrijven, en of er bijvoorbeeld in een opvangmogelijkheid of een andere vorm van zorg of ondersteuning voorzien kan worden zodat het contact met de mensen behouden kan blijven? Eerder deden Favril, Vander Laenen en Decorte (2015) al de suggestie om personen een *interim* substitutiebehandeling aan te bieden, waarbij personen die op een wachtlijst staan louter de substitutiemedicatie aangeboden krijgen, in afwachting van de start van de 'omvattende' behandeling die ook een psychosociale component bevat. Naar analogie met

<sup>16</sup> De Gentse buurtstewards werken met de doelgroep van de Intra-Europese migranten met een kwetsbaar profiel. Hun taak bestaat eruit om deze groep mensen toe te leiden naar relevante dienst- en hulpverlening en diensten en organisaties te ondersteunen in hun opdracht naar deze doelgroep

<sup>17</sup> Daar waar retentie in behandeling significant beter blijkt bij methadon dan buprenorfine, blijken beide even effectief qua reductie in illegaal opioïdengebruik (Burns *et al.*, 2015; Mattick *et al.*, 2014).



sputenruil, kan het ook interessant zijn om een overleg te organiseren tussen de verschillende MSOCs. Daarbij zouden de MSOCs kunnen leren van elkaar onder meer wat betreft het omgaan met wachttijden, het bereiken van bepaalde weinig bereikte groepen en het expliciteren van het aanbod.

Daarnaast vonden we in het kwantitatieve luik dat (problematisch) **alcoholgebruik** frequent voorkomt bij deze populatie. Enkele respondenten gebruikten ook legale middelen (zoals **thinner**) op een oneigenlijke manier, al dan niet op zichzelf (n=1) of in combinatie met andere drugs (n=3). Aangezien polygebruik eerder de regel dan de uitzondering is en ook legale middelen op zichzelf op een onbedoelde manier gebruikt worden, is een opsplitsing tussen legale en illegale middelen bij drughulpverlening en bij uitbreiding bij het uitbouwen van een beleid weinig zinvol (Lievens *et al.*, 2016).

Vervolgens kunnen we enkele specifieke aanbevelingen doen voor de **drughulpverlening**. Ten eerste kan meer ingezet worden op de continuïteit van zorg, en in het bijzonder op nazorg na een begeleiding/behandeling (Lievens *et al.*, 2016; NIDA, 2018). De respondenten geven aan dat dit in het bijzonder geldt voor de niet-drugspecifieke hulpverlening. Zeker bij deze populatie is het van belang om ook aan de slag te gaan met de context die allesbehalve steunend is om vol te houden. Verder is het van belang meer informatie te verspreiden over de drugspecifieke hulpverlening aangezien sommige respondenten hier nu een vertekend beeld over hebben (gekleurd in de richting van “dit zijn mensen die zeggen wat je moet doen”).

Het is niet de eerste keer dat verschillende van bovenstaande aanbevelingen naar voor kwamen in onderzoek. Eerder al in het onderzoek werd de behoefte aan meer nachtopvang en betaalbare huisvesting, het voorzien van mogelijkheden tot zinvolle dagbesteding, gebruiksruimtes (en gecontroleerde heroïneverstrekking), drugstesten, een kleiner tijdsinterval tussen de intake en de eigenlijke opstart van een substitutiebehandeling, meer trajectbegeleiding outreach (meer outreach-werkers en -initiatieven), het vergroten van de zichtbaarheid van de straathoekwerkers en de opnamecapaciteit en continuïteit van zorg binnen de drughulpverlening, geuit.

Als voorlaatste kunnen we aanbevelen om bij deze populatie in te zetten op efficiëntere en meerdere manieren van **contactname**. Uit dit onderzoek bleek dat contactname via Messenger en e-mail zorgt voor het beste bereik van deze groep. Indien ze een telefoon ter beschikking hebben, dan is het aangewezen om deze mensen eerst te sms'en vooraleer ze te bellen aangezien de respondenten vaak niet opnemen voor onbekende nummers. Ook een sms'je sturen om een afspraak te herbevestigen kan voor deze populatie erg helpend zijn.

Een laatste belangrijke aanbeveling die we willen doen is dat **verder onderzoek** naar de noden van vrouwen en nieuwkomers van Centraal- en Oost-Europese afkomst, alsook ruimer van een andere afkomst, aangewezen is indien de Stad wil inzetten op een beleid specifiek voor deze populatie. Dit onderzoek was alvast een eerste stap in de goede richting van het exploreren van de noden van deze mensen, maar is lang niet voldoende. De populatie valt wel degelijk te bereiken, maar dit vraagt tijd. Na het afronden van de empirische fase dienden zich immers nog 5 potentiële respondenten spontaan aan en hadden verschillende gatekeepers nog enkele potentiële respondenten om aan te brengen. Zowel de populatie zelf zou verder bevraagd kunnen worden, alsook de hulpverleners die werken met deze populatie aangezien zij vaak ook een goed zicht hebben op de noden van deze mensen.

## 5 STERKTES, BEPERKINGEN EN REFLECTIES

### 5.1 Sterktes

Het onderzoek bevestigt het belang van inspraak voor druggebruikers (Vander Laenen *et al.*, 2016). Zeker bij groepen die onvoldoende worden bereikt door de (drug)hulpverlening zijn hun ervaringen, verwachtingen en evaluatie van deze hulpverlening belangrijk (Chorlton *et al.*, 2015; Hunt *et al.*, 2010; Lancaster *et al.*, 2013; Luchenski *et al.*, 2018; Ti *et al.*, 2012). Zij kunnen hulpverleningsorganisaties een alternatief perspectief bieden over het (niet) bereiken van deze doelgroep (Vanderplasschen *et al.*, 2015). Meer algemeen benadrukken wij het belang van inspraak voor gebruikers bij het ontwikkelen en evalueren van een lokaal drugbeleid (Ti *et al.*, 2012). Druggebruikers kunnen immers de behoeftes, sterktes en zwaktes van het beleid en de praktijk aangeven. Het zijn bovendien deze personen zelf die de directe impact van (aanpassingen in) het beleid en de praktijk ondervinden (Lancaster *et al.*, 2013). Een stem geven aan de populatie van druggebruikers komt (de legitimiteit van) het beleid alleen maar te goede. Het lijkt dan ook een goede praktijk om in de toekomst de doelgroep op een systematische manier inspraak te (blijven) geven, bij het evalueren en verder ontwikkelen van het hulpverleningsaanbod en van het lokaal drugbeleid. Onderzoek in België (en Gent) zette hier eerder actief op in (Favril *et al.*, 2015; Vander Laenen *et al.*, 2018) en we hopen dan ook dat dit een standaard praktijk wordt in de toekomst.

Een tweede belangrijke sterkte van dit onderzoek is de onderzoekspopulatie—druggebruikers die niet worden bereikt door de bestaande hulpverlening. De eigenheid van deze subpopulatie, en het feit dat ze niet of weinig verbinding hebben met de (drug)hulpverlening, maakt dat maar weinig geweten is over hun noden. Nochtans is dit beleidsmatig bijzonder interessante informatie, om te kunnen inzetten op (het bereiken van) deze kwetsbare groep. Ook onderzoeksmatig levert hun inclusie belangrijke inzichten op. Deze personen blijven namelijk onderbelicht in wetenschappelijk onderzoek, vermits participanten veelal worden gerekruteerd via de drughulpverlening; precies een kenmerk waardoor deze groep uit de boot valt. Ook eerder onderzoek in België, en in Gent meer specifiek, maakt zich hier schuldig aan (Favril *et al.*, 2015; Vander Laenen *et al.*, 2018). Een belangrijke aanbeveling voor verder onderzoek is dan ook om actief in te zetten op het bereiken van deze subgroep en hun meningen, noden en aanbevelingen niet te negeren. Het uitvoeren van een dergelijk onderzoek verloopt echter niet zonder (methodologische) problemen, is arbeidsintensief en vergt de nodige inspanningen. Ook in dit onderzoek is er sprake van enkele beperkingen (inherent verbonden met onderzoek voeren bij een ‘verborgen’ populatie), wat de huidige resultaten beïnvloed kan hebben.

### 5.2 Beperkingen

Een eerste beperking is dat de noden van vrouwen en nieuwkomers van Centraal- en Oost-Europese afkomst in dit onderzoek te weinig aan bod kwamen. Volgens de bevroagde (mannelijke) respondenten zouden vrouwen minder op straat komen, zich meer bij (gebruikende) mannen nestelen en daarbij regelmatig van partner wisselen (Schamp *et al.*, 2018). De winterperiode is overigens een periode waarin sommige gebruikers hoe dan ook meer binnenblijven. Ook de verschillende organisaties die betrokken waren in dit onderzoek, bereiken heel wat minder vrouwen dan mannen. Deze factoren maakten het niet evident was om vrouwen te rekruteren. Meer tijd om deze groep respondenten te vinden, is nodig. Toekomstig onderzoek zou via de *snowball* methode verder kunnen inzetten op het bereiken van deze groep.

Daarnaast is meer tijd nodig om de groep nieuwkomers met een andere afkomst te kunnen bereiken. Het vertrouwen is bij deze doelgroep zeer broos en het vergt tijd om hun vertrouwen te winnen, iets wat essentieel is om hen te kunnen overtuigen om mee te werken aan onderzoek. Het concept “onderzoek” is voor hen onbekend terrein. De onderzoeker werd door de nieuwkomers van Centraal- en Oost-Europese afkomst vaak als “een assistent”, een sociaal werker, aanzien. De verwachting dat de onderzoeker deze personen na het interview verder ging helpen bij de aanpak van de problemen was dan ook (inherent) aanwezig. Daarnaast begrepen de nieuwkomers van Centraal- en Oost-Europese afkomst niet goed wat met de informatie van het interview zou gebeuren. Er heerste bij sommigen een angst dat de gegeven informatie aan de politie zou worden bezorgd of “naar Brussel” zou doorgestuurd worden. Om deze mensen te kunnen bereiken en het vertrouwen van deze mensen te winnen, is het als onderzoeker van belang om op verschillende plaatsen aanwezig te zijn waar deze mensen zijn en hen te helpen waar mogelijk. De taalbarrière werkte daarnaast belemmerend in het bereiken van deze mensen. Vele nieuwkomers van Centraal- en Oost-Europese afkomst zijn nog niet lang in België en spreken buiten hun moedertaal geen andere taal, wat het moeilijk maakt om een gesprek aan te knopen met deze mensen, een onderzoek uit te leggen en hen te motiveren om deel te nemen. Ook tijdens het interview viel het op dat de communicatie moeizaam verliep. Vele begrippen (zoals “drughulpverlening”) waren voor hen nieuw. Een onderzoeker die de taal spreekt van deze mensen, de cultuur kent, of werken met een tolk is dan ook aangewezen in vervolgonderzoek.

Veel hangt ook af van de timing om de doelgroep te kunnen bereiken. Op het moment van dit onderzoek was er bijvoorbeeld net een groep Roma-jongeren opgepakt door de politie, wat niet helpend was. Een ruimere tijdspanne om het onderzoek te voeren, is dan ook ten sterkste aangewezen. Daarnaast, aangezien druggebruik in verschillende culturen “haram” is, wordt veel achter gesloten deuren gebruikt (De Cock *et al.*, 2017). Deze mensen werden dan ook amper bereikt in dit onderzoek. Via gatekeepers zouden onderzoekers in de toekomst ook meer met deze mensen in contact kunnen komen.

Gezien de beperkte tijd van dit onderzoek, werd niet in elke Gentse buurt even actief gerekruteerd (zie sectie 2.1). Vervolgonderzoek zou dus meer kunnen inzetten op het rekruteren van de populatie in meer verschillende buurten. Zowel de buurten die nu naar voor komen in dit onderzoek als de woon- of leefplaatsen van de respondenten kunnen immers gekleurd zijn omdat deze deels afhankelijk zijn van de plaatsen waarin de onderzoeker actief op zoek ging naar de mensen.

Tenslotte was het louter (problematisch) gebruik van alcohol een exclusiecriteria bij dit onderzoek. Uit het kwantitatieve luik blijkt dat (problematisch) alcoholgebruik frequent voorkomt bij deze populatie. Wellicht zou het includeren van de populatie problematische alcoholgebruikers (die verder aan de inclusiecriteria voldoen), zicht geven op de noden van een populatie die eveneens onder de radar van de (drug)hulpverlening is gebleven en het mogelijk maken ook voor deze groep een gericht beleid te ontwikkelen.

### 5.3 De onderzoeksmethode: wat werkt (niet)?

Uit dit onderzoek bleek daarnaast dat posters, waaraan het telefoonnummer van de onderzoeker hing, niet goed werkten. Ondanks het feit dat de briefjes met het telefoonnummer van de onderzoeker wel meegenomen werden, contacteerden slechts enkele respondenten de onderzoeker spontaan (meestal via e-mail of sms). De aanzet om de mensen te bereiken, moest vooral van de onderzoeker zelf of van een geëngageerde hulpverlener komen. De flyers waren daarbij wel een eerste goede aanzet om het onderzoek voor te stellen aan mogelijke potentiële respondenten en/of gatekeepers.



Geëngageerde hulpverleners zijn een van de succesfactoren in het onderzoek geweest om al dan niet potentiële respondenten te bereiken. In dit onderzoek stelden enkele betrokken hulpverleners het onderzoek voor aan hun cliënten die mogelijks in aanmerking konden komen voor het onderzoek en indien ze in aanmerking kwamen, toetsten de hulpverleners af of deze mensen al dan niet bereid waren om deel te nemen. Indien dat het geval was, dan contacteerden de hulpverleners, mits toestemming van de potentiële respondent, de onderzoeker om de contactgegevens door te geven, of riep hij/zij de onderzoeker erbij om contactgegevens uit te wisselen. Echter, het achteraf contacteren van de mensen lukte niet altijd.

Flexibiliteit van de onderzoeker is een volgende succesfactor. Wanneer de onderzoeker in contact kwam met een potentiële respondent of gatekeeper, dan was het van belang om de koe meteen bij de horens te vatten. Hiermee bedoelen we dat de onderzoeker probeerde om het interview meteen of zo snel mogelijk te laten plaatsvinden dan wel probeerde om zo snel mogelijk met een gatekeeper in contact te komen. Direct inspelen op het moment dat de potentiële respondent bereid is om het interview te doen, of de gatekeeper bereid is de onderzoeker te ontmoeten, werkt het meest efficiënt. Wanneer de gatekeepers of respondenten een gsm-nummer of e-mailadres hadden, dan werd deze uitgewisseld zodat de onderzoeker deze persoon later nog kon (proberen) contacteren met als doel met nog meer potentiële respondenten in contact te komen. Geduld en volharding in het blijven contacteren van gatekeepers en de bevraagde respondenten was van belang. Herhaalde pogingen om de respondenten en gatekeepers te zien of horen waren dan ook vaak nodig. Soms speelde er in het hoofd van de gatekeeper ook de idee dat hij/zij geen andere gebruikers mocht verraden, dus indien deze persoon de onderzoeker dan toch dat vertrouwen gaf, dan was het van belang om hier zo snel mogelijk op in te pikken.

De onderzoeker diende doorheen het onderzoek steeds af te wegen op welk moment ze de respondenten vertelde waarom ze op die plaats aanwezig was, wat het onderzoek inhield en wat haar functie was. Niet zelden werd de onderzoeker gezien als een informant van de politie. Het meest aangewezen om de respondenten te overtuigen om mee te doen aan het onderzoek was om eerst regelmatig aanwezig te zijn op plaatsen waar de gebruikers waren zodat de onderzoeker een bekend gezicht werd voor hen en de respondenten al eerst wat vertrouwen konden winnen door een losse babbel en pas daarna het onderzoek uitleggen. Indien uit het gesprek bleek dat de respondent mensen kende of zelf in aanmerking kwam om deel te nemen, dan werd dan de vraag tot deelname gesteld.

Een deel van de respondenten was initieel niet gemotiveerd om deel te nemen aan het onderzoek omdat ze weinig vertrouwen hadden in het feit dat er iets zou veranderen in de stad. Eens ze de onderzoeker al wat kenden, konden ze meestal wel overtuigd worden. Zowel de incentive van 5 euro, alsook het feit dat de onderzoeker een vlotte jonge vrouw was, waren helpende factoren.

### **INSTEMMING DEELNAME ONDERZOEK** ***Evaluatie van de noden van druggebruikers in Gent***

#### **Door dit formulier te ondertekenen...**

- stem je toe om aan een vragenlijst deel te nemen over de noden van druggebruikers in Gent;
- geef je aan dat je weet waarom deze vragenlijst afgenomen wordt en wat er mee zal gebeuren;
- geef je aan op de hoogte te zijn van je rechten met betrekking tot het onderzoek;
- stem je toe dat jouw antwoorden mogen opgenomen worden a.d.h.v. een dictafoon.

#### **Garanties voor de geïnterviewde**

- Bij deze vragenlijst wordt uw volledige anonimiteit gegarandeerd. Uw naam zal nergens in eventuele publicaties, rapporten of andere output vermeld worden; u zal op basis van de weergegeven resultaten op geen enkele wijze kunnen worden geïdentificeerd.
- Deze vragenlijst is volledig vertrouwelijk. Ik behoor niet tot de politiedienst, noch tot de hulpverlening.
- De gegevens worden enkel voor wetenschappelijke doeleinden gebruikt, en enkel indien ze volledig anoniem worden gerapporteerd.
- De gegevens, bekomen uit dit onderzoek, worden beveiligd zodat niemand behalve de onderzoeker deze kan raadplegen. Audiogegevens zullen, na het uittypen ervan, vernietigd worden.
- In geval van deelname ontvang je een vergoeding van €5 cash.

#### **Doel van het onderzoek**

Deze vragenlijst maakt deel uit van een onderzoeksproject van de Universiteit Gent. Het doel is om een zicht te krijgen op de noden van personen met een langdurig gebruik van illegale middelen die niet (meer) in de drughulpverlening zitten. Dit onderzoek biedt jou geen persoonlijk voordeel, maar door jullie noden in kaart te brengen, willen we graag de doelstellingen voor het stedelijk drugbeleid beter kunnen onderbouwen.

#### **Toestemming en weigering**

Het staat je volkomen vrij om deel te nemen aan dit onderzoek of niet. Toestemmen of weigeren om deel te nemen, zal op geen enkele wijze een invloed hebben op je persoonlijke situatie. Je kan op elk moment weigeren om deel te nemen zonder dat je hiervoor een reden moet opgeven. Als je toestemt, wordt gevraagd om dit formulier te ondertekenen.

#### **Rechten van de deelnemer**

- Indien u zich achteraf bedenkt, kan jouw medewerking aan het onderzoek op elk moment stopgezet worden (voor zover er nog niets gepubliceerd is). De verzamelde gegevens die op jou betrekking hebben, zullen dan worden verwijderd.
- Als je dit wenst, bezorgen we je de besluiten van het onderzoek.

Als je vragen hebt over het onderzoek, dan kan je me deze nu stellen of later via volgende contactgegevens:

Orphée Sys  
Universiteit Gent, Universiteitstraat 4, 9000 Gent  
[Orphee.Sys@UGent.be](mailto:Orphee.Sys@UGent.be) (telefoonnummer)

### **Toestemmingsverklaring deelnemer vragenlijst**

Ik verklaar hierbij op een voor mij begrijpelijke wijze mondeling en schriftelijk te zijn ingelicht over de aard, de methode en het doel van deze studie.

Ik weet dat mijn deelname geheel vrijwillig is, zoals blijkt uit deze ondertekening, en dat ik te allen tijde uit het onderzoek kan stappen.

Mijn naam: .....

Stemt erin toe deel te nemen aan het wetenschappelijk onderzoek.

☐ Ik ga akkoord

Gelezen en goedgekeurd, op datum ...../...../.....

Handtekening:

☐ Ik wil op de hoogte gebracht worden van de besluiten van het onderzoek. Je mag mij contacteren op/via:

\_\_\_\_\_  
(telefoonnummer, e-mailadres, postadres, voorziening)

## REFERENTIES

- Abdul-Quader, A.S., Feelemyer, J., Modi, S., Stein, E.S., Briceno, A., Semaan, S., et al. (2013). Effectiveness of structural-level needle/syringe programs to reduce HCV and HIV infection among people who inject drugs: a systematic review. *Aids and Behavior*, 17(9), 2878-2892.
- Babor, T.F., Caulkins, J., Fischer, B., Foxcroft, D., Medina-Mora, M.E., Obot, I., et al. (2019). Drug policy and the public good: a summary of the second edition. *Addiction*, 114(11), 1941-1950.
- BCCSU. (2017). *Supervised consumption services: operational guidance*. British Columbia, Canada: BC Centre on Substance Use.
- Belenko, S., Hiller, M., & Hamilton, L. (2013). Treating substance use disorders in the criminal justice system. *Curr Psychiatry Rep*, 15(11), 414.
- Burns, L., Gisev, N., Larney, S., Dobbins, T., Gibson, A., Kimber, J., et al. (2015). A longitudinal comparison of retention in buprenorphine and methadone treatment for opioid dependence in New South Wales, Australia. *Addiction*, 110(4), 646-655.
- Chorlton, E., Smith, I., & Jones, S.A. (2015). Understanding how people who use illicit drugs and alcohol experience relationships with psychiatric inpatient staff. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 50(1), 51-58.
- Coffin, P.O., & Sullivan, S.D. (2013). Cost-effectiveness of distributing naloxone to heroin users for lay overdose reversal. *Annals of Internal Medicine*, 158(1), 1-9.
- Colledge, S., Larney, S., Peacock, A., Leung, J., Hickman, M., Grebely, J., et al. (2020). Depression, post-traumatic stress disorder, suicidality and self-harm among people who inject drugs: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 207, 107793.
- Csete, J., Kamarulzaman, A., Kazatchkine, M., Altice, F., Balicki, M., Buxton, J., et al. (2016). Public health and international drug policy. *Lancet*, 387(10026), 1427-1480.
- De Cock, C., Decorte, T., Derluyn, I., Vanderplasschen, W., & Jacobs, D. (2017). Problematisch middelengebruik en herstelkapitaal bij personen met een migratieachtergrond. In W. Vanderplasschen & F. Vander Laenen (Eds.), *Naar een herstelondersteunende verslavingszorg: praktijk en beleid*. Leuven/Den Haag: Acco.
- De Rynck, P., & Evenepoel, T. (2014). *Drugs ABC - Vluchtige snuifmiddelen*. Brussel: VAD.
- Decorte, T., De Kock, C., Vanderplasschen, W., Schamp, J., Derluyn, I., Hauspie, B., et al. (2016). *Patterns of substance use among ethnic and cultural minorities*. Brussel: Belgian Science Policy Office (BELSPO).
- Degenhardt, L., Peacock, A., Colledge, S., Leung, J., Grebely, J., Vickerman, P., et al. (2017). Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *Lancet Global Health*, 5(12), e1192-e1207.
- EMCDDA. (2015). *Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA. (2017). *Health and social responses to drug problems: a European guide*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Favril, L., & Dirkzwager, A. (2019). De psychische gezondheid van gedetineerden in België en Nederland: een systematisch overzicht. *Tijdschrift voor Criminologie*, 61(1), 5-33.
- Favril, L., & Vander Laenen, F. (2018). Predictoren van druggebruik tijdens de detentieperiode: data van 1326 gedetineerden uit 15 Vlaamse gevangenissen. *Panopticon*, 39(4), 296-312.
- Favril, L., Vander Laenen, F., & Audenaert, K. (2017). Psychiatrische morbiditeit bij gedetineerden in Vlaanderen. *Panopticon*, 38(4), 231-245.
- Favril, L., Vander Laenen, F., & Decorte, T. (2015). *Schadebeperkende maatregelen voor de stad Gent: een onderzoek naar de lokale noden en prioriteiten*. Antwerpen: Maklu.
- Heckathorn, D.D. (2011). Snowball versus respondent-driven sampling. *Sociol Methodol*, 41(1), 355-366.
- Hunt, N., Albert, E., & Sánchez, V.M. (2010). User involvement and user organising in harm reduction. In T. Rhodes & D. Hedrich (Eds.), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (pp. 333-354). Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

- Kennedy, M.C., Karamouzian, M., & Kerr, T. (2017). Public health and public order outcomes associated with supervised drug consumption facilities: a systematic review. *Current HIV/AIDS Reports*, 14(5), 161-183.
- Kessler, R.C. (2004). The epidemiology of dual diagnosis. *Biological Psychiatry*, 56(10), 730-737.
- Lancaster, K., Ritter, A., & Stafford, J. (2013). Public opinion and drug policy in Australia: engaging the 'affected community'. *Drug Alcohol Rev*, 32(1), 60-66.
- LeBel, T.P. (2012). "If one doesn't get you another one will": formerly incarcerated persons' perceptions of discrimination. *Prison Journal*, 92(1), 63-87.
- Lievens, D., Vander Laenen, F., Verhaeghe, N., Schils, N., Putman, K., Pauwels, L., et al. (2016). *The social cost of legal and illegal drugs in Belgium*. Antwerpen: Maklu.
- Luchenski, S., Maguire, N., Aldridge, R.W., Hayward, A., Story, A., Perri, P., et al. (2018). What works in inclusion health: overview of effective interventions for marginalised and excluded populations. *Lancet*, 391(10117), 266-280.
- Marlatt, G.A., & Witkiewitz, K. (2010). Update on harm-reduction policy and intervention research. *Annu Rev Clin Psychol*, 6, 591-606.
- Mattick, R.P., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. (2014). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2: CD002207.
- McDonald, R., Campbell, N.D., & Strang, J. (2017). Twenty years of take-home naloxone for the prevention of overdose deaths from heroin and other opioids—Conception and maturation. *Drug and Alcohol Dependence*, 178, 176-187.
- McDonald, R., & Strang, J. (2016). Are take-home naloxone programmes effective? Systematic review utilizing application of the Bradford Hill criteria. *Addiction*, 111(7), 1177-1187.
- Najavits, L.M., & Hien, D. (2013). Helping vulnerable populations: a comprehensive review of the treatment outcome literature on substance use disorder and PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 69(5), 433-479.
- NIDA. (2018). *Principles of drug addiction treatment: a research-based guide*. North Bethesda, Maryland: National Institute on Drug Abuse.
- Pannecoucke, I., & De Decker, P. (2014). *Housing First: een alternatief voor de woonladder?* Leuven: Steunpunt Wonen.
- Potier, C., Laprevote, V., Dubois-Arber, F., Cottencin, O., & Rolland, B. (2014). Supervised injection services: what has been demonstrated? A systematic literature review. *Drug and Alcohol Dependence*, 145, 48-68.
- Rekenhof. (2016). *Terugbetaling van tandzorg*. Brussel: Centrale Drukkerij van de Kamer van Volksvertegenwoordigers.
- Rhodes, T., & Hedrich, D. (2010). *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Ritter, A., & Cameron, J. (2006). A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug Alcohol Rev*, 25(6), 611-624.
- Schamp, J., Simonis, S., Van Havere, T., Gremeaux, L., Roets, G., Willems, S., et al. (2018). *Towards gender-sensitive prevention and treatment for female substance users in Belgium*. Brussel: BELSPO.
- Schnittker, J., & John, A. (2007). Enduring stigma: the long-term effects of incarceration on health. *Journal of Health and Social Behavior*, 48(2), 115-130.
- Sumnall, H., & Brotherhood, A. (2012). *Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment*. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Ti, L., Tzemis, D., & Buxton, J.A. (2012). Engaging people who use drugs in policy and program development: a review of the literature. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 7(47).
- UNAIDS. (2016). *Do no harm: health, human rights and people who use drugs*. Geneva: United Nations.
- UNODC. (2018). *Treatment and care for people with drug use disorders in contact with the criminal justice system*. Geneva: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Vander Laenen, F., Favril, L., & Decorte, T. (2016). Prioriteiten voor het lokale harm reduction-beleid: drugsgebruikers als sleutelfiguren. *Verslaving*, 12(2), 106-120.

- Vander Laenen, F., Nicaise, P., Decorte, T., De Maeyer, J., De Ruyver, B., Smith, P., et al. (2018). *Feasibility study on drug consumption rooms in Belgium*. Brussel: Belgian Science Policy Office (BELSPO).
- Vanderplasschen, W., Naert, J., Vander Laenen, F., & De Maeyer, J. (2015). Treatment satisfaction and quality of support in outpatient substitution treatment: opiate users' experiences and perspectives. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 22(3), 272-280.
- Vanderplasschen, W., Rapp, R.C., De Maeyer, J., & Van den Noortgate, W. (2019). A meta-analysis of the efficacy of case management for substance use disorders: a recovery perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 10: 186.
- Vandeveld, S., Vander Laenen, F., De Ruysscher, C., Bryssinck, D., De Maeyer, J., Meesen, D., et al. (2018). Reflections on a service user perspective in supporting persons with dual diagnosis: the case of Villa Voortman. *Int J Ment Health Addiction*, 16(5), 1189-1192.
- Vanhex, M., Vandeveld, D., Stas, L., & Vander Laenen, F. (2014). Re-integratie van problematische druggebruikers tijdens en na detentie: aanbevelingen voor beleidsmakers. *Fatik*, 143, 19-22.
- Volkow, N.D., Jones, E.B., Einstein, E.B., & Wargo, E.M. (2019). Prevention and treatment of opioid misuse and addiction: a review. *Jama Psychiatry*, 76(2), 208-216.
- Volkow, N.D., Poznyak, V., Saxena, S., & Gerra, G. (2017). Drug use disorders: impact of a public health rather than a criminal justice approach. *World Psychiatry*, 16(2), 213-214.
- WHO, UNODC, & UNAIDS. (2012). *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Geneva: World Health Organisation.